

**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

“Síntomas psicosomáticos que presentan mujeres a consecuencia de VIF”

Informe Final del Trabajo de Titulación de Psicólogo Clínico

Autor: David Alejandro Aguirre Guano
Tutor: Dr. Oscar Venancio Carranco Herrera

Quito - 2012

C

0514

A284 Aguirre Guano, David Alejandro

Síntomas Psicosomáticos que presentan mujeres a consecuencia de VIF / David Alejandro Aguirre Guano. -- Informe final del Trabajo de Titulación de Psicólogo Clínico. -- Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas, 2012.

116 p.: tbls., graf.

Tutor: Carranco Herrera, Oscar Venancio

AGRADECIMIENTO

A las mujeres víctimas de violencia que con sus experiencias colaboraron para realizar esta investigación.

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mí esposa y a mi hijo que es mi inspiración de lucha y constancia para lograr mi objetivo, ser un profesional. A mi director de tesis que fue de gran ayuda para realizar este trabajo.

DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD

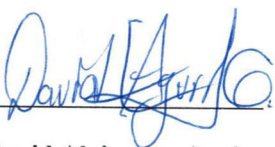
Quito, 28 de junio del 2013

Yo, **David Alejandro Aguirre Guano** autora de la investigación, con cédula de ciudadanía No. **1721099008**, libre y voluntariamente DECLARO, que el presente Trabajo de Titulación:

“Síntomas psicosomáticos que presentan mujeres a consecuencia de VIF”

Es original y de mi autoría, de ser comprobado lo contrario me someto a las disposiciones legales pertinentes.

Atentamente,

f 

David Alejandro Aguirre Guano
C.C. 1721099008

AUTORIZACIÓN DE LA AUTORIA INTELECTUAL

Yo, **David Alejandro Aguirre Guano** en calidad de autora del trabajo de investigación o tesis realizada sobre:

“Síntomas psicosomáticos que presentan mujeres a consecuencia de VIF”,

por la presente autorizo a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o parte de los que contiene esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autora me corresponden con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8; 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su Reglamento.

Quito, 28 de junio del 2013

f 

David Alejandro Aguirre Guano
C.C. 1721099008

RESUMEN DOCUMENTAL

Trabajo de grado académico sobre Psicología Clínica, Psicología Social, Trastornos, específicamente Violencia y trastornos psicosomáticos. El objetivo fundamental es determinar los síntomas psicosomáticos que presentan mujeres maltratadas. Síntomas psicosomáticos producto de años de años de maltrato psicológico y físico; motiva a probar que los síntomas psicosomáticos se presentan siempre en una mujer víctima de violencia intrafamiliar. Se explica teóricamente con el enfoque Cognitivo Conductual de Bellak que se basa en el reemplazo de ideas irracionales en un proceso corto y efectivo. Tratado en tres capítulos: violencia: tipos (intrafamiliar) y síntomas psicosomáticos en Investigación correlacional, no experimental, con métodos fenomenológico, clínico, patológico, científico y estadístico. A una muestra de veinte y cinco mujeres, víctimas de violencia, de dieciocho a cuarenta y cinco años, de tratamiento ambulatorio en apoyo psicológico; se ha valorado síntomas psicológicos y físicos; cuyos resultados han evidenciado dolor psicógeno gastrointestinal, muscular y genitourinarios (amenorrea, frigidez), con lo que se prueba la hipótesis y se alcanza el objetivo

CATEGORIAS TEMATICAS:

PRIMARIA: PSICOLOGIA CLÍNICA
PSICOLOGÍA SOCIAL

SECUNDARIA: VIOLENCIA
TRASTORNOS

DESCRIPTORES:

MUJERES MALTRATADAS - TRASTORNOS PSICOSOMATICOS
SINTOMAS PSICOSOMATICOS - ENTREVISTA ESTRUCTTURADA
ANSIEDAD - TEST DE HAMILTON
CENTRO DE APOYO INTEGRAL TRES MANUELAS

DESCRIPTORES GEOGRAFICOS:

SIERRA – PICHINCHA - QUITO

DOCUMENTARY SUMMARY

Degree Working on Clinical Psychology, Social Psychology, disorders, specifically Violence and psychosomatic disorders. The main objective is to determine the Psychosomatic symptoms presenting battered women. Psychosomatic symptoms from years of years of psychological and physical abuse; motivates prove that psychosomatic symptoms are always present in a woman victim of domestic violence. Is explained theoretically with Bellak Cognitive Behavioral approach which is based on irrational ideas replacing a short and effective process. Treaty into three chapters: violence: types (domestic) Research and somatic symptoms in correlational, not experimental, phenomenological methods, clinical, pathological, scientific and statistical. In a sample of twenty-five women, victims of violence, from eighteen to forty-five years of outpatient counseling treatment; has been evaluated psychological and physical symptoms, whose results showed psychogenic pain, gastrointestinal and genitourinary muscle (amenorrhea, frigidity), which tests the hypothesis and the goal is reached

THEME CATEGORIES:

PRIMARY CLINICAL PSYCHOLOGY
 SOCIAL PSYCHOLOGY

SECONDARY: VIOLENCE
 DISORDERS

DESCRIPTORS:

BATTERED WOMEN - DISORDERS PSYCHOSOMATIC
SYMPTOMS PSYCHOSOMATIC - INTERVIEW ESTRUCTTURADA
ANXIETY - TEST OF HAMILTON
THREE FULL SUPPORT CENTER HANDBOOKS

GEOGRAPHICAL DESCRIPTORS:

SIERRA - PICHINCHA - QUITO

TABLA DE CONTENIDOS

A. PRELIMINARES

Agradecimiento	iii
Dedicatoria	iv
Declaratoria de Originalidad	v
Autorización de la Autoría Intelectual	vi
Resumen documental	vii
Documentary summary	viii
Tabla de contenidos	ix
Tabla de cuadros	106
Tabla de graficos.....	106

B. INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
OBJETIVOS	1
General.....	1
Específicos.....	1
JUSTIFICACION	2

MARCO REFERENCIAL	5
CENTRO DE APOYO DE INTEGRAL TRES MANUELAS	5

MARCO CONCEPTUAL.....	23
------------------------------	-----------

MARCO TEÓRICO	24
----------------------------	-----------

CAPITULO I	25
-------------------------	-----------

1. Violencia.....	25
1.1 Tipos de violencia.....	27
1.2 Formas de violencia intrafamiliar	28

CAPITULO II.....	30
-------------------------	-----------

2. La violencia intrafamiliar.....	30
2.1 Factores de la Violencia Intrafamiliar.....	30
2.2 Indicadores de Violencia Intrafamiliar	34
2.3 Características del agresor.....	36
2.4 Teoría sobre la Violencia Intrafamiliar (ciclo de la violencia).....	37
2.5 Teoría del Vínculo Traumático	40

CAPITULO III	41
---------------------------	-----------

3. Efectos de la violencia intrafamiliar.....	41
3.1 Perfil de la Mujer Maltratada	41
3.2 Efectos psicológicos de la violencia intrafamiliar	44
3.3 Síntomas Psicósomáticos causados por VIF	46
3.4 Trastorno de estrés postraumático y Ansiedad en mujeres violentadas	50

MARCO METODOLOGICO	54
---------------------------------	-----------

Hipótesis	54
Identificación de variables.....	54

Construcción de indicadores y medidas	54
Diseño de la investigación.....	54
Tipo de investigación	54
Población y grupo de estudio.....	54
Descripción del universo.....	54
Diseño de la muestra	54
Técnicas e instrumentación	55
Análisis de validez y confiabilidad	55
Recolección de datos.....	58
Descripción del universo.....	58
Diseño de la muestra	58
RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	59
Presentación (gráficos y tablas)	59
Análisis de los Resultados	81
Demostración de hipótesis.....	81
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	83
Conclusiones.....	83
Recomendaciones	84
C. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
Tangibles	85
Virtuales	86
ANEXOS.....	87
Anexo A. Proyecto de Investigación Aprobado.....	87
Anexo B. Test de ansiedad de HAMILTON	99
Anexo C. Entrevista semi-estructurada.....	102
Anexo D. Glosario Técnico	104

B. INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

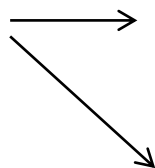
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Tabla A. Bases de la Investigación

PREGUNTAS	FORMULACION DEL PROBLEMA	DEFINICIÓN
¿Por qué?	Mujeres víctimas de violencia Psicológica, física y económica	CAUSA
¿Qué?	Síntomas Psicosomáticos	EFFECTO = PROBELMA
¿Quién?	Mujeres de entre 18 a 40 años	POBLACION
¿Cuáles?	Mujeres víctimas de VIF	MUESTRA
¿Dónde?	Que asisten al Centro de Apoyo Integral Tres Manueles	Delimitación geográfica

Entonces el

Problema es:



Los síntomas psicosomáticos se presentan siempre en una mujer víctima de VIF.

Los síntomas psicosomáticos no se presentan siempre en una mujer víctima de VIF.

OBJETIVOS

General

- Lograr identificar, qué tipo de síntomas psicosomáticos son los más frecuentes en mujeres de entre 18 a 40 años producto de VIF recibida.

Específicos

- Especificar los síntomas psicosomáticos de acuerdo a su intensidad.
- Identificar como influye los síntomas psicosomáticos en el desenvolvimiento laboral, familiar y social de la mujer maltratada.

JUSTIFICACION

Violencia Intrafamiliar tiene lugar dentro de la familia, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio, y que comprende, entre otros, violación, maltrato físico, psicológico y abuso sexual. El hecho de que las mujeres a menudo tengan vínculos afectivos con el hombre que las maltrata y dependan económicamente de él, ejerce gran influencia sobre la dinámica del maltrato.

En el Ecuador pese a la lucha contra la violencia, sigue existiendo índices altos ya que 6 de cada 10 mujeres son maltratadas física, psicológica y/o sexualmente. La violencia es un círculo vicioso pues las mayor parte de mujeres que son víctimas de maltrato por parte de sus parejas se convierte en victimarios con sus hijos son muy comunes frases como "Es por tu bien", "debes hacer lo que yo digo", "yo mando aquí", detrás de cada una de estas frases se evidencia el poder que ejercen los maltratadores sobre sus víctimas y que a la larga se constituye en un factor desencadenante de la violencia. Las mujeres se acostumbran a que no se tengan en cuenta sus opiniones, que las decisiones importantes las tome el hombre, a ser humillada mediante bromas descalificadoras, etc., pasando todas estas experiencias a formar parte de una especie de telón de fondo cotidiano que tiene el efecto anestesiante ante la violencia.

El PTD (Post-Traumatic Disorder) consiste en una serie de trastornos emocionales, que no necesariamente aparecen temporalmente asociados con la situación que los originó, pero que constituyen una secuela de situaciones traumáticas vividas, tales como haber estado sometida a situaciones de maltrato físico o psicológico. Algunos de sus síntomas son los siguientes:

Frecuentes pesadillas

Dificultad para concentrarse social y laboralmente

Trastornos del sueño (el más frecuente es el insomnio)

Trastornos mnésicos

Trastornos en la capacidad de atención y concentración

Depresión

Sentimientos de culpa

Miedos diversos

Dificultades en el aprendizaje

Recientemente, Carlos Sluzki ha señalado seis niveles en los que pueden ubicarse los efectos de la violencia, de acuerdo a la combinación de dos variables que hace interactuar: el nivel percibido de amenaza para la persona y el grado de habitualidad de la conducta violenta:

a. Disonancia cognitiva: cuando se produce una situación de violencia de baja intensidad en un contexto o en un momento inesperado. La reacción es de sorpresa, de imposibilidad de integrar el nuevo dato a la experiencia propia (Un ejemplo de esto es cuando las mujeres maltratadas relatan el primer episodio durante la luna de miel).

b. Ataque o fuga: cuando se produce una situación de violencia de alta intensidad de un modo abrupto e inesperado. En estos casos, se desencadena una reacción psicofisiológica de alerta, pudiendo reaccionar con una posición defensiva u ofensiva, escapándose del lugar o enfrentando la amenaza. Es el caso de las mujeres que atraviesan los ciclos inicial es de la violencia y se ven sorprendidas por una conducta violenta desproporcionada para la situación.

En este ciclo inicial es, todavía la sorpresa obra a modo de disparador de conductas de ataque o fuga.

c. Inundación- Parálisis: cuando se produce una situación de violencia extrema, que implica un alto riesgo percibido para la integridad o la vida. La reacción puede incluir alteraciones del estado de conciencia, desorientación, etc., y ser el antecedente para la posterior aparición del Síndrome de Stress Postraumático, ya descrito. Muchas mujeres relatan esta experiencia de paralización frente a situaciones tales como amenazas con armas, intentos de estrangulamiento o violación marital.

d. Socialización cotidiana: cuando las situaciones de maltrato de baja intensidad se transforman en habituales, se produce el fenómeno de la naturalización.

Las mujeres se acostumbran a que no se tengan en cuenta sus opiniones, que las decisiones importantes las tome el hombre, a ser humillada mediante bromas descalificadoras, etc., pasando todas estas experiencias a formar parte de una especie de telón de fondo cotidiano que tiene el efecto anestésico ante la violencia.

e. Lavado de cerebro: Cuando las amenazas, coerciones y mensajes humillantes son intensos y persistentes, a menudo la víctima incorpora esos mismos argumentos y sistemas de creencias, como un modo defensivo frente a la amenaza potencial que implicaría diferenciarse (ella cree que la obediencia

automática la salvará del sufrimiento). La mujer, llegado a este punto, puede repetir ante quien intenta ayudarla, que ella tiene toda la culpa, que se merece el trato que recibe, etc.

f. Embotamiento- Sumisión: Cuando las experiencias aterradoras son extremas y reiteradas, el efecto es el "entumecimiento psíquico", en el que las víctimas se desconectan de sus propios sentimientos y se vuelven sumisas al extremo. En estos casos, la justificación de la conducta del agresor y la autoinmolación alcanzan niveles máximos.

En todos los casos, estos efectos de la violencia sobre la mujer están acompañados por una sintomatología física que suele ser ubicada por los profesionales en el difuso campo de lo psicosomático. Cefaleas, dolores de espalda, trastornos gastrointestinales, disfunciones respiratorias, palpitaciones, hiperventilación, son algunos de los síntomas más frecuentes, acompañando a cuadros psíquicos tales como estados de ansiedad, fobias, agotamiento, adinamia, abulia, depresión, etc.

El modelo profesional predominante trata de buscar la causa de los síntomas dentro de sus propios esquemas explicativos y se muestra renuente a considerar la experiencia de victimización como posible motivo de los mismos. Esta conducta de los profesionales tiende a potenciar la actitud ocultadora de la mujer (apoyada en los sentimientos de vergüenza y culpa ya apuntados), y el fenómeno de la violencia hacia la mujer queda sin diagnosticar. Por lo tanto, se le suelen indicar tratamientos sintomáticos, que no consideran las verdaderas raíces del problema. Esta actitud profesional ha sido definida como segunda victimización, ya que contribuye a legitimar la violencia ejercida contra la mujer y busca en la propia víctima los motivos o las causas de las secuelas de la victimización.

MARCO REFERENCIAL

CENTRO DE APOYO DE INTEGRAL TRES MANUELAS

Datos de la Institución

- Institución: Centro de Apoyo Integral Tres Manuelas
- Tipo: Pública
- Ubicación: Loja y Venezuela
- Servicios: Prevención y promoción de Violencia Intrafamiliar
- Población: 2.564 aprox. Anualmente
- Director de la Institución: Dra. Margarita Oviedo
- Teléfono: 02285097

Antecedentes:

Hace 16 años, un 8 de septiembre de 1994, y fundamentada en la ley del Distrito Metropolitano de Quito, se creó la Administración Municipal Zona Centro “Manuela Sáenz”.

Las tres Manuelas fueron reunidas en una casa ubicada en el Centro Histórico de la ciudad de Quito, son citadas en este sector. Justamente el objetivo fue retomar estos nombres para hacer de ellas un símbolo para las actuales y futuras generaciones.

Además, estos tres nombres, estas tres Manuelas fueron la inspiración para crear una casa para la familia que lleva el mismo nombre y es el Centro de Apoyo Integral a la Mujer y la Familia denominado "Las Tres Manuelas", Manuela Espejo, Manuela Cañizares, y Manuela Sáenz. La idea de formar esta institución, surgió del Municipio Metropolitano de Quito y también de organizaciones no gubernamentales. El Centro Integral de Apoyo mantiene equipos interdisciplinarios especializados, con vocación, mística y experiencia, el centro conserva coberturas de atención estables y con crecimiento sostenido prestigio institucional a nivel: local, nacional e internacional con una coordinación intra e interinstitucional mediante Metodologías de intervención que tienen credibilidad pública ya que cuenta con servicios que permiten la restitución de derechos de víctimas de MI-VIF y

DS en forma articulada con aliados estratégicos. El objetivo de la Casa Tres Manueles, es trabajar alrededor de la violencia intrafamiliar, esta no puede marginarse en una violencia pública. "Pese que nuestro tema es violencia intrafamiliar, sin embargo nuestro espíritu va en relación a la convivencia democrática y a la defensa de los derechos humanos".

El desarrollo del trabajo de la Casa de las tres Manueles, trata de tener un espacio territorial determinado en donde busca promocionar el servicio de ayuda a las personas que estén atravesando por cualquier conflicto.

Las diferentes capacitaciones han servido para sensibilizar a los participantes sobre la existencia de una cultura violenta y la necesidad de enfrentarla con las alternativas que se dan en la propia comunidad. Además, tratan de provocar que las mismas personas solucionen sus problemas.

Misión

Somos un centro de atención municipal que trabaja en la prevención promoción y atención a personas víctimas de Violencia Intrafamiliar VIF, Maltrato Infantil MI y Delitos Sexuales DS de manera integral e interdisciplinaria con calidez y calidad enmarcados en las políticas públicas de equidad social, género y derechos, en la Zona Centro del DMQ, con personal calificado y comprometido.

Visión

En el 2012, el Centro de Atención integral "Tres Manueles" es un referente distrital, nacional e internacional reconocido como una entidad líder e innovadora en la promoción, prevención y atención integral de personas que atraviesan problemas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delitos sexuales, basados en la gestión de calidad y calidez en el ejercicio y exigibilidad del cumplimiento de sus derechos.

Atención directa: Es un proceso de restitución de Derechos que implica un trabajo integral con calidad y calidez, desde el que se ponen en práctica conceptos, metodologías, habilidades, destrezas personales y colectivas, para dar respuestas favorables a las demandas presentadas, por las usuarias, con la finalidad de:

- Detener el hecho que provoca la violencia
- Atender de manera especializada las consecuencias y efectos.
- Reconstruir las condiciones necesarias, para el ejercicio pleno de derechos de las personas

violentadas.

- Implementar los mecanismos y las condiciones para prevenir que las relaciones violentas no se vuelvan a repetir.

Esta atención se la realiza a través de tres equipos de atención los mismos que se encuentran conformados por tres profesionales:

- Psicóloga/o quien brinda atención psicológica en los casos de víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delitos sexuales así como evaluaciones o peritajes: para Comisaría de la Mujer y la Familia y la Fiscalía.
- Trabajadora Social quien brinda atención directa, realiza principalmente visitas domiciliarias y seguimiento social.
- Abogada/o, brinda asesoramiento legal, patrocinios en violencia intrafamiliar, Maltrato infantil y Delitos Sexuales.
- Área médica, brinda atención en peritaje médico legal y atención médica a las usuarias/os y sus familias.

Atención emergente: Es un espacio de acogimiento temporal, hasta 3 meses, previsto como estrategia frente a situaciones de maltrato físico, psicológico, negligencia o delitos sexuales vividos por niños, niñas entre los 4 y 11 años de edad y mujeres adolescentes hasta los 16 años con referentes familiares.

Ofrece una atención inicial que ayuda a identificar y canalizar acciones hacia la reinserción familiar; de no ser posible, orienta la intervención hacia la institucionalización (como último recurso).

Los niños, niñas y adolescentes que ingresan a nuestro servicio lo hacen con orden de la autoridad competente.

PREVENCION Y PROMOCION HUMANA: Se proyecta como un proceso continuo de actividades o medidas adoptadas para la identificación de indicios de relaciones violentas que permitan la disminución de los riesgos tanto individuales como colectivos derivados de prácticas nocivas de relacionamiento familiar y social.

Para lograrlo se establece como eje transversal la capacitación la misma que promueve procesos de información y sensibilización sostenidos en temas de VIF-MI-DS, desde la prevención de primer nivel dirigida a nuestras usuarias/os y a los sectores comunitarios (educativos y barriales) con la finalidad de facilitar mecanismos y herramientas que contribuyan a la participación y construcción de una cultura

de buen trato y un estilo de vida diferente, al tiempo que se busca la promoción humana la misma que implica actividades que ayuden a despertar la conciencia de las usuarias/os en todas sus dimensiones, y a valorarse por sí mismo para ser protagonistas de su propio desarrollo y crecimiento personal.

Las líneas de trabajo o acciones son:

Procesos de sensibilización que impliquen estrategias de capacitación e información orientadas a la población en general (Barrios, establecimientos educativos, instituciones).

Club de Familias para el Buen Trato y Club de Vida sin Alcohol

Espacios de expresión para familias que enfrentan problemas de violencia intrafamiliar y de consumo de alcohol. Aquí se ponen de manifiesto las experiencias saludables, se intercambia ayuda y se busca la posibilidad de incorporar mejores formas de relacionamiento, en espacios de vida personal y familiar.

Círculo Infantil

Espacio socio educativo que brida atención temporal a niños y niñas cuyas madres se encuentran recibiendo atención en uno de los servicios del CEJ y apoya en la adquisición y fortalecimiento de destrezas cognitivas, motrices, y afectivas de niñas y niños que asiste a apoyo escolar.

Comunicación

Espacio de consulta en el que se brinda toda la información bibliográfica sobre la temática de VIF-MI-DS. Y genera material informativo de apoyo para las distintas capacitaciones del Centro.

Promoción humana

Espacio que busca en coordinación con otras instituciones municipales o particulares, generar un espacio de fortalecimiento y adquisición de aptitudes a través de un programa de capacitación técnica y desarrollo sustentable para las usuarias, que apoye los procesos psicoterapéuticos y de auto mutua ayuda, por ellas emprendidos, en caminadas a su independencia económica y a la construcción de una nueva forma de relacionamiento consigo mismo y con su entorno familiar, social y laboral.

ACCESO A LA JUSTICIA: Garantizar a las víctimas de violencia intrafamiliar, Maltrato Infantil y Delitos sexuales el acceso oportuno a la administración de justicia formal y alternativa enmarcada en las políticas de seguridad ciudadana, equidad social y de género.

Esto se lo realizará a través de la coordinación directa con la Fiscalía, la Comisaría segunda de la Mujer y la Junta Metropolitana del Niñez y Adolescencia, así como con los equipos técnicos de los Tribunales de la Niñez y Adolescencia.

REGISTRO ESTADÍSTICO: Busca desarrollar sistemáticamente un registro de información de las atenciones mensuales realizadas en la institución en cada una de las áreas así como de las instituciones con las que se coordina el trabajo.

COORDINACION INTRA Y EXTRA INSTITUCIONAL: Espacio que permita coordinar los proceso de remisión, intervención y seguimiento institucional con el fin de dar respuestas efectivas a las demandas de las usuarias y de las instituciones.

REMISIONES

- 1.- Direccionamiento CAI
- 2.- Comisaría 2da de la Mujer y la Familia.
- 3.- Junta Metropolitana de la niñez y adolescencia.
- 4.- Juzgado de la niñez.
- 5.- Fiscalía.
- 6.- Otras instituciones (Red).
- 7.- Equipo técnico CAI (área legal, trabajo social, médica).

INVESTIGACION: A través de este eje se busca promover en los funcionarios/as la capacidad investigativa en temas relacionados con violencia intrafamiliar, maltrato infantil y delitos sexuales que permita aportar a los procesos de intervención nuevas alternativas y herramientas que faciliten su intervención y apoyen los procesos de sensibilización

METODOLOGIA: Con el fin de realizar una atención y prevención de calidad y calidez los enfoques de atención se fundamentarán en:

Derechos Humanos: Son universales, integrales e indivisibles, por tanto consustanciales a todas las personas humanas, a las mismas que les reconocen su dignidad, igualdad y libertad.

Género: Categoría de análisis que permite entender las construcciones sociales, culturales, políticas, sociológicas, jurídicas, económicas que han determinado en los imaginarios formas de mirar lo

masculino y lo femenino y la exigencia de identificar nuevas formas de construir los géneros desde la base de equidad.

PRINCIPIOS

Solidaridad: mediante un servicio con calidez, genera espacios de empatía, escucha, dando valor a los testimonios de vida, sin discriminación, ofreciendo alternativas para que manejen sus dificultades desde la lógica del respeto y diálogo permanente.

Equidad: reconociendo las individualidades, potencialidades y respetando la diferencia, de cada uno de los seres humanos la atención se orienta a la restitución de los derechos de los grupos en situación de indefensión. Para la atención se seguirá el siguiente flujo grama

FLUJOGRAMA DE ATENCION DEL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL LAS TRES MANUELAS.

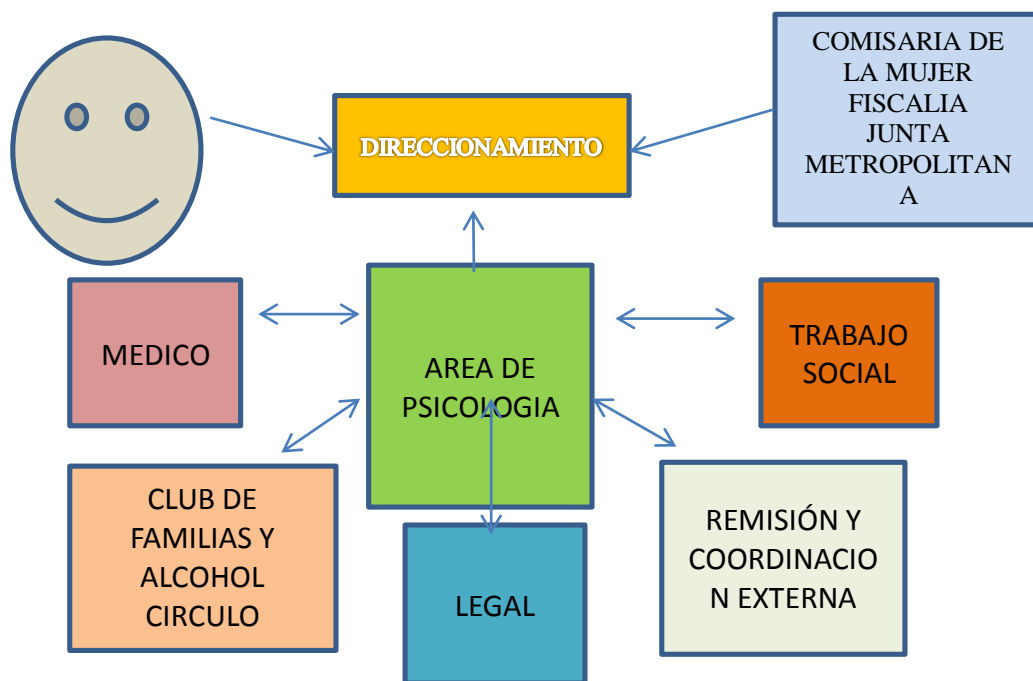
Las usuarias/os que acuden al CAI en búsqueda de atención son dirigidas por parte del Sr. Guardia al espacio de Direccionamiento, el mismo que se constituye en la puerta de entrada y primera acogida del CAI. En este espacio los compañeros atienden a la usuaria/o con calidad y calidez y siguen el Manual de procesos establecido para esta atención. Dependiendo de la demanda y el grado de letalidad de la usuaria, esta será remitida a cada uno de los profesionales de los equipos 2 o 3 o médico, con el fin de que se les brinde atención respectiva. De no ser caso para la institución será activada la RED y se le enviará con hoja de remisión a una de las instituciones que conforman la misma y que pueden atender esta demanda. Una vez recibida la hoja de Direccionamiento el profesional requerido de los equipos deberá intervenir de acuerdo al Manual de Procesos que tiene cada uno de los profesionales. Si dentro de la intervención se ve la necesidad de remitir a otra especialidad se coordinará con el profesional responsable con el fin de llevar juntos el caso y se dejará constancia de los profesionales que atienden a la usuaria en la hoja de Direccionamiento. El tiempo de intervención por parte del equipo técnico en procesos de atención variaran de acuerdo a las demandas de las usuarias y de la complejidad de los problemas, sin embargo queda establecido un tiempo límite al que deberán sujetarse los profesionales en sus procesos de atención con el fin de no acumular casos.

Psicología: Mínimo 3 meses y máximo 4 (12 a 16 sesiones), además de coordinar seguimientos con trabajo social de ser el caso.

Trabajo social: De un 1 día a 5 días para investigaciones y para realizar informes

Legal: 6 meses, entre patrocinio, asesoría y coordinación.

La coordinación interinstitucional se la realizará en doble vía tanto en la búsqueda de apoyo especialmente de administración de justicia para los procesos de las usuarias directas del CAI, como también dando una respuesta a la solicitud hecha por las instituciones como La Fiscalía, Comisaría de la Mujer y Junta metropolitana para los peritajes y evaluaciones de sus usuarias/os demandantes.



INTERVENCION PSICOLOGICA CAI Y ATENCION EN CRISIS

Intervención Psicológica

“Es la utilización de recursos psicológicos verbales y no verbales con el objeto de inducir modificaciones en los pensamientos, sentimientos, actitudes y acciones de personas que padecen de problemas de adaptación, desajustes emocionales y trastornos mentales”

"...la meta no está tan solo en resolver problemas sino en evitar que estos se vayan repitiendo..."

Objetivos:

- Bajar niveles de ansiedad.
- Reestablecer el equilibrio emocional.
- Brindar sentimiento de seguridad.
- Analizar alternativas de solución.
- Acompañamiento emocional.
- Mejorar la comunicación.

- Proporcionar herramientas para mejorar la convivencia.

EJES IMPORTANTES EN LA INTERVENCION PSICOLOGICA.

DERECHOS HUMANOS

Son universales, integrales e indivisibles, corresponde a todas las personas las mismas que se les reconocen su dignidad, igualdad y libertad.

GENERO.

Permite entender las construcciones sociales, culturales, políticas sociológicas, jurídicas, económicas que han determinado en los imaginarios, formas de mirar lo masculino y lo femenino y la exigencia de identificar nuevas formas de construir los géneros desde la base de equidad.

INTERDISCIPLINARIO

Contribuye hacia un abordaje universal holístico de las situaciones complejas, desde una perspectiva relacional en la que las disciplinas, profesiones, articulan sus conocimientos, decisiones individuales con las decisiones colectivas mediante la innovación de metodologías orientadas hacia la restitución de los derechos.

PREVENCION

Con el abordaje de temas relacionados a VIF, MI, DS proporcionado información adecuada que sea de conocimiento, sensibilización y agentes reproductores en su desenvolvimiento cotidiano.

EMPODERAMIENTO

Que la persona conozca, interiorice, asimile, asuma y defienda su derecho a una vida libre de violencia y a la vez multiplique con su experiencia en su entorno familiar, social y cultural.

RECUPERACION DE AUTOESTIMA.

Redescubrimiento de la persona, visualizar fortalezas, actitudes asertivas entre otras.

PROYECTO DE VIDA.

Potenciar las fortalezas, encaminar la toma de decisiones y visualizar objetivos y metas personales a corto, mediano y largo plazo.

ETICA PSICOLOGICA.

El psicólogo o la psicóloga creen en la dignidad y el valor del ser humano individual, se ha consagrado a aumentar la comprensión, por parte de la persona, de sí mismo y de los demás. Al mismo tiempo que intenta esto, protege el bienestar de cualquier persona que pueda buscar su ayuda o de cualquier sujeto, humano o animal, que pueda constituir el objeto de su estudio. No emplea su posición o sus relaciones profesionales, ni permite conscientemente que sus propios servicios sean empleados por otros para fines no relacionados con estos valores. Al mismo tiempo que pide para sí mismo libertad de investigación y comunicación, acepta la responsabilidad que esta libertad otorga: para suficiencia, cuando la reclama; para la objetividad en la publicación de sus conclusiones y para la consideración de lo que interesa más a sus colegas y a la sociedad (11).

RESERVA (confidencialidad).-

Guardar la información sobre una persona que ha sido obtenida por el/la psicólogo/a en el curso de la enseñanza, práctica o investigación, es una obligación primaria del psicólogo o psicóloga. Y tal información no se comunica a otros a menos que se cumplan ciertas importantes condiciones. (12)

PSICOTERAPIA BREVE

- Llamada también de emergencia
- Cumple objetivos a corto plazo
- Es empleada en situaciones de crisis (personales, grupales, familiares)
- Cuando la intervención debe ser inmediata al evento surgido. Ej. Violación, accidentes, desastres naturales etc.
- Es empleada en prevención: Primaria, secundaria y terciaria.
- El tiempo de duración de 1 a 12 sesiones.

PROCESO PSICOLOGICO

Primera Sesión

- Datos para Historia Clínica (anamnesis personal, familiar, social en VIF, MI, DS)
- Hipótesis (análisis del Problema)
- Presunción Diagnostica (signos y síntomas)
- Contención en crisis (la mayoría de veces).

Segunda Sesión

- Relación terapéutica, alianza.
- Contrato terapéutico.
- Demanda y oferta.

Tercera Sesión

- Planificación Terapéutica (individual, familiar, pareja).
- Enlace con la primera sesión.
- Exploración adicional de la sintomatología,(psicológica-física o médica) historia en VIF, MI, DS.

Cuarta a Séptima Sesión

- Proceso Psicoterapéutico.
- Enfoque (Eclético= psicoanálisis, cognitiva conductual, sistémica, humanista,).
- Utilización y aplicación de técnicas terapéuticas.

Octava sesión, novena y décima sesión

- Octava.-Evaluación del proceso. (replanteo del proceso)
- Novena.- Replanteo y continuación del proceso
- Décima.- Evaluar logros terapéuticos. (decisión de cierre de acuerdo a la letalidad).

Decima primera sesión

- Visualización de recursos (familiares, sociales, médicos, terapéuticos)
- Precierre.

DECIMO SEGUNDA SESION

- cierre y seguimiento.

Intervención CAMS

El proceso consiste en:

- Inducción: en el conocimiento de la casa y del proceso terapéutico (día, hora)
- Demanda de usuario/os y demanda del CAMS
- Elaboración de genograma familiar por tres generaciones

- Formulación de hipótesis (descartables o sostenibles de acuerdo a la evolución del proceso)
- Test proyectivos (psicografismos)
- Técnicas de terapia familiar sistémica (modelo estructural-Minuchin)-juego de roles, silla vacía, escenificación, metáforas, reencuadres y otros.
- Envío de tareas terapéuticas
- Evaluación de tareas
- Reuniones conjuntas entre el terapeuta del niño y el terapeuta de familia para atención conjunta
- Preparación terapéutica para reinserción progresiva (reglas, rutinas de la casa y el CAMS)

Atención en crisis

Si la persona llega en un estado de crisis se debe realizar una intervención previa a cualquier procedimiento. La crisis alude a un “período de alto riesgo físico y/o psicológico, característico de una situación temporal de desequilibrio emocional, cognitivo, y conductual, que se manifiesta por una sintomatología variada en donde predominan niveles altos de ansiedad que impiden manejar determinadas situaciones con sus mecanismos psicológicos habituales” (MSP:2009).

Consideraciones

- La persona en crisis es remitida desde las instituciones o desde los equipos del CAI.
- Es atendida por el/la profesional de turno.
- Una vez realizada la contención toma los datos del protocolo y se facilita el retorno al servicio que envió.
- Si es el caso se realizan acciones de coordinación para que reciba atención integral.

ARTÍCULOS CONTENIDOS EN LA LEY 103

Ley contra la violencia a la mujer y la familia

TÍTULO PRELIMINAR

Art. 1.- FINES DE LA LEY.- La presente Ley tiene por objeto proteger la integridad física, psíquica y libertad sexual de la mujer y los miembros de su familia, mediante la prevención y sanción de la

violencia intrafamiliar y los demás atentados contra sus derechos y los de su familia. Sus normas deben orientar las políticas del Estado y la comunidad sobre la materia.

Art. 2.- VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.- Se considera violencia intrafamiliar toda acción u omisión que consista en maltrato físico psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.

Art. 3.- AMBITO DE APLICACION.- para los efectos de esta ley se consideran miembros del núcleo familiar a los cónyuges, ascendientes, descendientes, hermanos y sus parientes hasta el segundo grado de afinidad.

La protección de esta Ley se hará extensiva a los excónyuges, convivientes, ex-convivientes, a las personas con quienes se mantengan o se haya mantenido una relación consensual de pareja, así como a quienes comparten el hogar del agresor o del agredido.

Art. 4.- FORMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.- Para los efectos de esta Ley, se considera: **VIOLENCIA FISICA.-** Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se requiere para su recuperación;

VIOLENCIA PSICOLOGICA.- Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la auto estima de la mujer o el familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización de apremio moral sobre otro miembro de familia infundiendo miedo o temor a sufrir un mal grave e inminente en su persona o en la de sus ascendientes, descendientes o afines hasta el segundo grado;

VIOLENCIA SEXUAL.- Sin perjuicio de los casos de violación y otros delitos contra la libertad sexual, se considera violencia sexual todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona y que la obligue a tener relaciones u otras practicas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación amenazas o cualquier otro medio coercitivo..

Art. 5.- SUPREMACIA DE LAS NORMAS DE PROTECCION CONTRA LA VIOLENCIA.- Las disposiciones de esta Ley prevalecerán sobre otras normas generales o especiales que se las opongan. Los derechos que se consagran en esta Ley son irrenunciables.

Art. 6.- INSTRUMENTOS INTERNACIONALES.- las normas relativas a la prevención y sanción de la violencia en contra de la mujer y familia contenidas en instrumentos internacionales, ratificados por el Ecuador, tienen fuerza de Ley.

Art. 7.- PRINCIPIOS BASICOS PROCESALES.- En los trámites para la aplicación de esta Ley regirán los principios de gratuidad, mediación obligatoria, celeridad y reserva.

Salvo en los procesos a cargo de los jueces y tribunales de lo Penal, no se requerirá patrocinio de abogado, excepto en los casos en que la autoridad lo considere necesarios. En esta caso llamara a intervenir a un defensor público.

TÍTULO I

CAPÍTULO I

COMPETENCIA Y JURISDICCION

Art. 8.- DE LA JURISDICCION Y COMPETENCIA.- El juzgamiento por las infracciones previstas en esta Ley corresponde a:

Los Jueces de la familia;

Los comisarios de la Mujer y la Familia;

Los Intendentes, comisarios nacionales y tenientes políticos;

Los jueces y tribunales de lo Penal.

La Competencia estará determinada por el lugar de comisión de la infracción o el domicilio de la víctima, sin perjuicio de las normas generales sobre la materia.

Art. 9.- DE LAS PERSONAS QUE PUEDEN EJERCER LA ACION.- Sin perjuicio de la legitimación de la persona agraviada, cualquiera persona natural o jurídica que conozca de los hechos , podrá proponer las acciones contempladas en esta Ley.

Las infracciones previstas en esta Ley son pesquisables de oficio, sin perjuicio de admitirse acusación particular.

Art. 10.- LOS QUE DEBEN DENUNCIAR.- Estarán obligados a denunciar los hechos punibles de violencia intrafamiliar, en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas de haber llegado a su conocimiento bajo pena de encubrimiento:

Los agentes de la Policía nacional;

El Ministerio Público; y

Los profesionales de la salud, pertenecientes a instituciones hospitalarias o casas de salud públicas o privadas, que tuvieren conocimientos de los casos de agresión.

Art. 11.- DE LOS JUECES COMPETENTES.- Los jueces de familia, los comisarios de la Mujer o la Familia, conocerá, los casos de violencia física, psicológica, o sexual, que no constituyan delitos.

En las localidades en que no se haya establecido estas autoridades actuarán en su reemplazo los intendentes, los comisarios nacionales o los tenientes políticos.

Art. 12.- ENVÍO DE LA CAUSA A OTRA JURISDICCIÓN.- Si los jueces mencionados en el artículo anterior establecieron que un acto de violencia intrafamiliar sujeto a su conocimiento constituye delito, sin perjuicio a dictar medidas de amparo, se inhibirán de continuar en el conocimiento de la causa, remitiendo de inmediato lo actuado al Juez penal competente. De igual forma se procederá en caso de otros atentados delictivos contra la propiedad y otros derechos de las personas amparadas por esta ley.

CAPÍTULO II

MEDIDAS DE AMPARO

Art. 13.- Las autoridades señaladas en el artículo 8, cuando de cualquier manera llegare a su conocimiento un caso de violencia intrafamiliar, procederán de inmediato a imponer una o varias de las siguientes medidas de amparo en favor de la persona agredida:

Conceder las boletas de auxilio que fueren necesarias a la mujer o demás miembros del núcleo familiar;

Ordenar la salida del agresor de la vivienda, si la convivencia implica un riesgo para la seguridad física, psíquica o la libertad sexual de la familia;

Imponer al agresor la prohibición de acercarse a la agredida en su lugar de trabajo o de estudio;
Prohibir o restringir al agresor el acceso a la persona violentada;

Evitar que el agresor, por sí mismo o a través de terceras personas, realice actos de persecución o de intimidación a la víctima o algún miembro de su familia;

Reintegrar al domicilio a la persona agredida disponiendo la salida simultánea del agresor, cuando se tratare de una vivienda común, impidiendo que retire los enseres de uso de la familia;

Otorgar la custodia de la víctima menor de edad o incapaz a persona idónea siguiendo lo dispuesto en el Artículo No 107, regla 6a del Código Civil y las disposiciones del Código de Menores; y,

Ordenar el tratamiento al que deben someterse las partes y los hijos menores de edad so fuere del caso.

Art. 14.- ALLANAMIENTO.- Si para la aplicación de medidas de amparo solicitadas por la víctima de conformidad a lo previsto en el Código de Procedimiento Penal, la autoridad que conociera el caso lo podría ordenar mediante oficio, sin que sea necesario dictar providencia en los siguientes casos:

Cuando deba recuperarse a la agredida o a familiares y el agresor los mantenga intimidados; y,
Para sacar al agresor de la vivienda. Igualmente cuando éste se encuentre armado bajo los efectos del alcohol, de sustancias estupefacientes o drogas psicotrópicas, cuando esté agrediendo a la mujer o poniendo en riesgo la integridad física, psicológica o sexual de la familia de la víctima.

Art. 15.- COLABORACION DE LA POLICIA NACIONAL.- Todo agresor del orden está obligado a dispensar auxilio, proteger y transportar a la mujer y más víctimas de la violencia intrafamiliar, y, a elaborar obligatoriamente un parte informativo del caso en el que intervino, que se presentará en cuarenta y ocho horas al juez o autoridad competente.

Art. 16.- INFRACCION FLAGRANTE.- Si una persona es sorprendida ejerciendo cualquiera de los tipos de violencia previstos en esta Ley será aprehendida por los agentes del orden y conducida da inmediato ante la autoridad competente para su juzgamiento.

Art. 17.- CONTROL DE ORDENES JUDICIALES.- Los jueces de instrucción vigilarán y exigirán el cumplimiento de sus disposiciones de amparo, aún con la intervención de la fuerza pública. La violación de las órdenes de los jueces de instrucción sobre esta materia se considerará infracción punible y pesquisable de oficio, será reprimida con prisión correccional de uno a seis meses según la gravedad de la infracción y su juzgamiento corresponderá a los jueces y tribunales de lo Penal.

Capítulo III

Del Juzgamiento ante los jueces de familia

Art. 18 - Solicitud o demanda.- En caso de que las solicitudes de amparo o demandas se presentaren en forma verbal, el juez dispondrá que se las reduzca a escrito.

Art. 19 – Citación.- Sin perjuicio de dictar las medidas de amparo previstas en el artículo 13, el juez mandara citar al demandada, con la copia de la petición o demanda en el lugar que se indique y luego ordenara de inmediato la práctica de los exámenes parciales y más diligencias probatorias que el caso requiera.

Art. 20 - Convocatoria a audiencia de conciliación.- En la citación, el Juez señalará día y hora para la audiencia que tendrá lugar dentro de un término no menor de dos días ni mayor de ocho, contados desde la fecha de la citación. No podrá diferirse esta audiencia si no a solicitud expresa y conjunta de ambas partes.

Art. 21 - Audiencia de conciliación y juzgamiento.- La audiencia de conciliación empezara con la contestación a la petición o demanda. El Juez procurara la solución del conflicto y de llegarse a esta, aprobara el acuerdo mediante resolución dictada en la misma diligencia, sin perjuicio de disponer las medidas rehabilitadoras y mantener las de amparo que fueron del caso.

De no obtenerse la conciliación o en rebeldía de la parte demandada, el juez abrirá la causa a prueba por el termino de seis días, dentro del cual se practicaran las que soliciten las partes y las que el estime convenientes.

Concluido el termino de prueba y presentados los informes periciales, dictara de inmediato la resolución que corresponda, la misma que no será objeto de recurso alguno.

No obstante, el juez podrá revocar o reformar la providencia en que se hubiere resuelto el caso planteado, si para ellos hubiera fundamento razonable, basado en nuevos elementos probatorios.

Para el efecto, con notificación de parte contraria, podrá solicitarse la práctica de las correspondientes pruebas.

Art. 22 – Sanciones.- El Juez al resolver la causa, de probarse la responsabilidad, sancionara al agresor con el pago de indemnización de danos y perjuicios de uno a quince salarios mínimos vitales, de acuerdo con la gravedad de los resultados, que será causal de divorcio.

Cuando la violencia hubiere ocasionado perdida o destrucción de bienes, el agresor será obligado a reponerlos en número o en especie. Esta resolución tendrá el valor de título ejecutivo.

En el evento de que el sancionado careciera recursos económicos, la sanción pecuniaria se sustituirá con trabajos en las redes de apoyo comunitario que mantiene el Ministerio de Bienestar Social, por el tiempo mínimo de uno a dos meses, dentro de un horario que no altere sus labores remuneradas.

Capítulo IV

Del juzgamiento de los delitos

Art. 23 – Juzgamiento.- El juzgamiento de los actos de violencia física y sexual que constituyan delitos, y que sean cometidos en el ámbito intrafamiliar, corresponderá a los jueces y tribunales de lo Penal, sujetándose a la normas previstas en el Código de Procedimiento Penal.

Se considerara agravante la condición, de familiar, de los sujetos mencionados en el artículo 11 de esta Ley, además de las determinadas en los artículos 30, 37, y 38 del Código Penal.

Título II

De la dirección nacional de la mujer y de las políticas rehabilitadoras y organismos auxiliares

Art. 24 - La dirección nacional de la mujer.- Le corresponde al Ministerio de Bienestar Social por intermedio de la Dirección Nacional de la Mujer. Dictar las políticas, coordinar las acciones y elaborar los planes y programas tendientes a prevenir y erradicar la violencia contra la mujer y la familia;

Establecer albergues temporales, casa refugios, centros de reeducación o rehabilitación del agresor y de los miembros de la familia afectados. Tales establecimientos podrán crearse como parte integrante de la Dirección o mediante convenios, contrato financiamiento de organismos internacionales, del Estado, seccionales, organizaciones no gubernamentales y cualquier otra clase de personas naturales o jurídicas debidamente calificadas.

Estos establecimientos contarán con profesionales y técnicas/os especializadas/os en la materia;
Programar, organizar y ejecutar actividades educativas para padres y hogares, con la finalidad de erradicar la violencia;

Impulsar y coordinar programas de capacitación con perspectiva de género para el personal involucrado de la Función Judicial y Ministerio de Gobierno;

Llevar un banco de datos a nivel nacional sobre la violencia contra la mujer y la familia y mantener información cualitativa sobre la problemática; y, Para que las políticas rehabilitadoras tengan asidero, debería haber el financiamiento específico ya sea del Presupuesto del Gobierno Central o de cualquier otra fuente.

Título III

Disposiciones Generales

Art. 25 - Del fuero.- Esta Ley no reconoce fuero en caso de violencia física, psicológica y sexual. En lo demás se estará a lo dispuesto en la Constitución Política de la República, en el Código de Procedimiento Penal y la Ley Orgánica de la Función Judicial.

Art. 26 - Normas supletorias.- En lo que no estuviere previsto en esta Ley se aplicaran las disposiciones de los Códigos Civil, Penal, de Menores, de Procedimiento Civil, de Procedimiento Penal además de la Ley Orgánica de la función Judicial.

Disposición transitoria hasta que se nombren los comisarios y los jueces de la mujer y la familia el conocimiento y la resolución de las causas contempladas en esta Ley corresponderá a los intendentes y comisarios nacionales, sin perjuicio de la competencia de los jueces y tribunales de los Penal respecto de las infracciones que constituyan delitos.

Artículo final

La presente Ley regirá en todo el territorio nacional a partir de su publicación en el Registro Oficial.

Dado en la ciudad de San Francisco de Quito, Distrito Metropolitano, en la Sala de Sesiones del Plenario de las Comisiones Legislativas del Congreso Nacional del Ecuador, a los catorce días del mes de noviembre de mil novecientos noventa y cinco.

MARCO CONCEPTUAL

-Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar: Corresponde a las mujeres que han sufrido durante un periodo prolongado varios actos de violencia como física, psicológica, económica, etc. Provocando que dichas mujeres cambien radicalmente ya que pierden identidad por los agravios e insultos que reciben, pierden su autoestima por que se creen inferiores, pierden sus objetivos y metas por la sumisión de no poder hacer sus cosas y estar pendientes de sus agresores para que cambien haciendo una lucha interminable por alcanzar esta supuesta meta.

-Síntomas psicósomáticos: Son los síntomas físico-psicológicos que van presentando las mujeres debido a una larga exposición de violencia (física, psicológica, etc.), aproximadamente de 10 a 12 años, según lo que refieren en las entrevistas psicológicas. En ocasiones pueden estar muy convencidas de que los síntomas que presentan se deben a algún tipo de enfermedad física y a menudo no aceptan o descartan la posibilidad de una etiología psicológica.

MARCO TEÓRICO

Actualmente la violencia que se ejerce contra las mujeres rebasa el ámbito de las diferencias y peculiaridades biológicas para incorporar factores y construcciones sociales de género, como por ejemplo, identidades, roles, responsabilidades y poderes diferentes, que se ven reflejados en el estado de salud mental de los hombres y las mujeres.

La violencia de manera general que va en contra la mujer en los diferentes ciclos de vida, que afecta también a los niños, niñas y adolescentes, adultos y adultas mayores, que están inmersos dentro de estas familias son víctimas de varias dificultades tanto personales como grupales viviendo en situación de vulnerabilidad. Sin embargo, de esta realidad, no podemos dejar de mencionar que la violencia atraviesa, contagia y afecta a hombres y mujeres desde diversas categorías relacionales y determinaciones por territorios, culturas o religión, etc.

Las denuncias de violencia intrafamiliar, receptadas en las comisarías de la Mujer en Quito, corroboran estos datos, así entre 1999 y 2006 se incrementaron de 49.032 a 60.660 casos. Al desagregar el dato por tipo de violencia, se evidencia que del total de casos registrados como delitos sexuales en la Policía Judicial durante 2006, cerca del 60% correspondió a denuncias por violación, (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009.). Además cabe recalcar que la violencia no reconoce ningún tipo diferencia sea esta social, clase económica, creencias religiosas, culturas, razas, etc. Lo que genera que la violencia y específicamente la VIF no tenga ningún tipo de limitación el momento que el agresor maltrata a su víctima.

Por tal motivo nuestro país actualmente consta con varios Marcos legales nacionales y acuerdos internacionales para frenar esta problemática.

CAPITULO I

1. Violencia

Definición viene del latín violentia, la violencia es la cualidad de violento o la acción y efecto de violentar o violentarse. Lo violento, por su parte, es aquello que está fuera de su natural estado, situación o modo; que se ejecuta con fuerza, ímpetu o brusquedad; o que se hace contra el gusto o la voluntad de uno mismo.

Walker (1999) define la violencia doméstica como *“un patrón de conductas abusivas, que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y/o psicológico y que es ejercido por una persona en contra de otra, en el contexto de una relación íntima, con el objeto de ganar o mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre ella”*.

La violencia intrafamiliar de acuerdo a Ashley (1986) es toda acción u omisión protagonizada por los miembros que conforman el grupo familiar (por afinidad, sangre o afiliación) y que transforma en maltratantes las relaciones entre ellos causando daño físico, emocional, sexual, económico o social a uno o varios de ellos

La violencia, por lo tanto, es un comportamiento deliberado que puede provocar daños físicos o psíquicos al prójimo. Es importante tener en cuenta que, más allá de la agresión física, la violencia puede ser emocional mediante ofensas o amenazas. Por eso la violencia puede causar tanto secuelas físicas como psicológicas.

La violencia busca imponer u obtener algo por la fuerza. Existen muchas formas de violencia que son castigadas como delitos por la ley. De todas formas, es importante tener en cuenta que el concepto de violencia varía según la cultura y la época.

Hay sociedades donde, por ejemplo, las mujeres son obligadas a casarse con el hombre que las elige o las compra, algo que, para el mundo occidental, constituye una forma de violencia contra el género femenino.

Podría afirmarse que la violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana. Sus efectos se pueden ver, bajo diversas formas, en todas partes del mundo. Cada año, más de 1,6 millones de

personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva.

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La violencia se presenta en distintos ámbitos, por ejemplo, la violencia en el trabajo, que incluye no sólo el maltrato físico sino también psíquico. Muchos trabajadores son sometidos al maltrato, al acoso sexual, a amenazas, a la intimidación y otras formas de violencia psíquica.

Los actos repetidos de violencia desde la intimidación, el acoso sexual y las amenazas hasta la humillación y el menosprecio de los trabajadores pueden convertirse en casos muy graves por efecto acumulativo.

Organización Panamericana de Salud, 2002.

La violencia es provocada por la asimetría de poder en las relaciones entre las personas, así como de las inequidades sociales; es por ello que existen personas o grupos más vulnerables para sufrir violencia, como las mujeres, las niñas, los niños, las personas discapacitadas, indígenas, con orientaciones sexuales diferentes y las de tercera edad. Por lo anterior la violencia familiar, sexual y de género ha sido considerada como un problema grave de salud pública tanto en el Ecuador como a nivel internacional.

La violencia ejercida contra los seres humanos comprende el uso de la fuerza tanto física, como emocional. El área de la salud mental es un ámbito importante en la detección oportuna de personas que son o pueden ser víctimas de violencia.

La salud mental es un resultado de circunstancias favorables y un atributo necesario para desempeñar funciones, lograr fines, crear, compartir y disfrutar de la vida. La experiencia de sufrir algún tipo de violencia constituye una amenaza para la salud mental de las personas.

1.1 Tipos de violencia

La violencia intrafamiliar constituye un problema generalizado de índole social, un fenómeno frecuente y todavía encubierto, que afecta a las mujeres con independencia de la edad, raza, cultura y nivel socioeconómico.

A pesar de ser un problema con antecedentes históricos y legales, la violencia doméstica ha sido despenalizada e ignorada durante mucho tiempo, debido a la falsa creencia de que cualquier intento de actuación sobre ésta sería una intromisión en la intimidad familiar.

Violencia de Género.- En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la Mujer”. En su artículo No. 1 la define como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

La Declaración reconoce que “la violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre”.

Feminicidio.- Es el asesinato de la mujer por el hecho de serlo. Se basa en las relaciones desiguales de poder entre los hombres y las mujeres y puede darse en espacios privados o públicos. Es el continuo de la violencia de género que se manifiesta en violaciones, torturas, mutilaciones, esclavitud sexual, incesto y abuso sexual de niñas y mujeres dentro y fuera de la familia.

Violencia intrafamiliar.- La Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia define: Se considera violencia intrafamiliar toda acción u omisión que consista en maltrato físico psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.

1.2 Formas de violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar, puede ser cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra.

El objetivo principal de la violencia intrafamiliar es el ejercicio de control y dominio sobre la mujer para conservar o aumentar el poder del hombre en la relación. Sin embargo, las manifestaciones del comportamiento violento en conductas y actitudes son muy variadas, siempre con graves consecuencias para la salud física y psicológica de las víctimas.

Violencia física.- Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas, cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerar el tiempo que se requiere para su recuperación.

Violencia psicológica.- Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización de apremio moral sobre otro miembro de familia infundiendo miedo o temor a sufrir un mal grave e inminente en su persona o en la de sus ascendientes, descendientes o afines hasta el segundo grado.

Violencia Sexual.- Sin perjuicio de los casos de violación y otros delitos contra la libertad sexual, se considera violencia sexual todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación amenazas o cualquier otro medio coercitivo.

Violencia patrimonial o económica

Constituye una forma más de violencia psicológica que, en ocasiones, coarta la libertad física porque impide a la persona el ejercicio de su libertad de movimiento y acción; consiste en privar a la persona de los medios económicos de subsistencia para ella y sus hijos o de afectarla patrimonialmente, Ejemplo, vender los bienes sin el consentimiento de la persona, negarle o privarle de los recursos económicos para el sostenimiento de los hijos, quitarle el sueldo o el dinero.

Maltrato social

Entendiéndose por el aislamiento de la víctima de su entorno social, a través del control de sus relaciones familiares y de amistad. Sin embargo, en ocasiones se prefiere considerar como subcategoría del maltrato psicológico, ya que tiene como objetivo el control de la mujer a través de la creación de un fuerte sentimiento de desvalorización e indefensión (Sarasua y Zubizarreta, 2000).

CAPITULO II

2. La violencia intrafamiliar

2.1 Factores de la Violencia Intrafamiliar

Durante mucho tiempo se ha tratado de dar cuenta de este fenómeno atendiendo a factores explicativos unicausales, principalmente de tipo individual. Dando explicaciones reduccionistas las que se consideran que son las características psicológicas de la víctima y el agresor, en concreto, la presencia de un trastorno mental o un problema de abuso de alcohol, la causa de la violencia doméstica. Otras, incluso, han llegado a considerar a las mujeres maltratadas como masoquistas, defendiendo que consciente o inconscientemente son ellas las que buscan y provocan el ser objeto de este tipo de maltratos.

Intentar comprender la etiología de la violencia doméstica a partir de un único factor explicativo, resulta insuficiente; únicamente se consigue un acercamiento parcial a esta problemática social, muchas veces alejado de su verdadera complejidad. Además, buscar el origen del maltrato en la mujer supone, en gran medida, justificarlo y culpabilizar a la víctima por su ocurrencia.

Parece claro que la VIF es un fenómeno multicausal, en el que intervienen no sólo factores individuales, la propia relación de pareja, las actitudes socioculturales (desigualdades de género), relaciones conyugales, conflictos familiares y los aspectos biográficos como personalidad, historia de abusos y de violencia en la familia de origen se han relacionado con la aparición de VIF.

Algunas situaciones ancladas en la tradición y la cultura de muchas sociedades durante siglos se han relacionado con la violencia específica contra la mujer: las relaciones de sumisión y dependencia de la mujer respecto al hombre, la justificación de la violencia masculina y su tolerancia por la sociedad e incluso por la mujer, los estereotipos sexuales y el rol limitado asignado a la mujer a nivel social explican en parte la violencia infligida a la mujer.

La violencia ha sido y es utilizada como un instrumento de poder y dominio del fuerte frente al débil, del adulto frente al niño, del hombre frente a la mujer a través de los tiempos.

Jewkes considera que los dos factores epidemiológicos más importantes para la aparición de VIF son la relación de desigual posición de la mujer tanto en las relaciones personales como sociales y la

existencia de una “cultura de la violencia”, que supone la aceptación de la violencia en la resolución de conflictos.

Los cambios sociales de las últimas décadas respecto al papel de la mujer tanto en el ámbito privado (pareja, familia), como público (laboral, social) hacia una relación más igualitaria entre hombre y mujer, han hecho posible que el problema de la violencia doméstica haya salido a la luz, debido en parte a una mayor conciencia de la mujer respecto a sus derechos y a su papel en la pareja, en la familia y en la sociedad, y también a una mayor sensibilidad social respecto al problema. La no-aceptación de estos cambios por el hombre, y el ver peligrar lo que para algunos era vivido como privilegio, ha podido favorecer la aparición de violencia en ocasiones. Quizá estas causas están en el trasfondo del problema, pero hay factores de riesgo y situaciones de especial vulnerabilidad que explicarían por qué en contextos similares, en ocasiones se producen las situaciones de violencia y en otras no.

Scott (1961) sugiere tres situaciones que bien pueden corresponder a tres estadios de construcción de la respuesta violenta:

De ellos se evidencian situaciones y condiciones generadoras de problemas que, se sabe, desencadenan o se asocian con respuestas violentas. Las condiciones están dadas pero aún no se genera daño alguno. Según el modelo de riesgo-protección, se diría que las familias se enfrentan ya a situaciones de estrés, y debilidad en sus factores protectores, pero el balance entre unos y otros todavía es favorable.

De ellos la familia ya se enfrenta a problemas que, se sabe, desencadenan o se asocian con respuestas violentas. Todavía no se genera daño visible, pero la familia tiene dificultades para resolver adecuadamente.

(Constructivamente) la tensión entre necesidades, intereses, sentimientos y los recursos disponibles. La tensión es creciente, no se logra acuerdo sobre las metas o sobre los medios, se generan inequidades de poder, los miembros de la familia son conscientes del conflicto y pueden reconocer la oposición entre unos y otros. Aquí los factores de riesgo se han incrementado y el balance en los factores protectores resulta negativo.

Las tensiones se resuelven por la vía violenta, negando, dominando, excluyendo, rechazando, o aniquilando al oponente. En este caso los factores de riesgo se han exacerbado al máximo, los protectores se encuentran muy debilitados y la capacidad de respuesta de la familia se encuentra muy disminuida, perdiendo autonomía y control sobre las situaciones de tensión como: La presencia de enfermedades, discapacidades o pobreza, pueden crear ambientes familiares de inestabilidad que

favorecen situaciones de violencia, la migración de los progenitores afecta la estructura familiar y puede aumentar el riesgo de violencia en el entorno familiar y social, la ausencia o debilidad de valores humanos (libertad, respeto, solidaridad) en las relaciones humanas cotidianas, la creencia de que la violencia es un mecanismo para resolver los conflictos, la aceptación cultural que hace la sociedad de la agresión física, psicológica y sexual a las mujeres y las personas, el establecimiento de relaciones violentas en la pareja, los patrones de crianza hacia los hijos/as en los que se confunde violencia con disciplina o autoridad, el abuso del alcohol y drogas podrían desencadenar situaciones de violencia o exacerbarlas, pero “NO es la causa, en sí de la violencia”, los altos niveles de tensión y estrés, cuanto mayor es el estrés, mayor es la posibilidad de agresión, la observación de agresiones entre el padre y la madre (o quienes fueron los modelos de crianza).

Estas situaciones determinan grupos de individuos sometidos a mayor riesgo por su menor capacidad de afrontamiento a las exigencias de un medio hostil, que los convierte la mayor parte de las veces en víctimas de la violencia, pero en ocasiones los llevan al papel de victimarios. Estos individuos en mayor riesgo se agrupan según su edad (en niños, jóvenes, y adultos mayores), por género femenino, por minusvalía o discapacidad física o psíquica. La pertenencia a una etnia o raza determinada (excluida del proceso social por tal condición) unido a las condiciones dadas por culturas no asimiladas por la dominante, aun cuando sean las autóctonas, es otro riesgo. Aquí se incluyen los emigrantes, ya sean internos o procedentes de otros países en los que hay que añadir usos, costumbres distintas del conglomerado que los recibe e, incluso, otro idioma.

El modelo interactivo de la violencia doméstica es uno de los modelos actualmente más influyentes en la explicación de este problema es el Modelo Interactivo de la Violencia Doméstica, desarrollado por Stith y Rosen (1992). Este modelo adopta una perspectiva multicausal e interactiva, que contempla aquellos factores socioculturales, individuales, familiares y situacionales implicados en el origen de la violencia dentro del marco familiar (sea del tipo que sea). Según este modelo, los valores socioculturales relacionados con la violencia y con los roles sexuales estarían incidiendo sobre las vulnerabilidades, tanto a nivel individual como familiar, a la violencia, sobre los factores situacionales estresantes, sobre los recursos de afrontamiento de tipo personal, familiar o de la red social y finalmente, sobre la definición y percepción de la propia violencia.

Más detalladamente, Stith y Rosen (1992) aluden al contexto sociocultural para hacer referencia al conjunto de valores y normas compartidos por las familias de una misma comunidad y cultura. De este conjunto de valores y normas serían la *aceptación de la violencia*, por un lado, y el *estatus subordinado de la mujer respecto al hombre*, por el otro, los factores más relacionados con la violencia

doméstica. En concreto, la aceptación de la violencia haría referencia a la legitimidad con la que ésta es tratada en los medios de comunicación, esto es, como una forma efectiva de castigar y de resolver conflictos, contribuyendo a perpetuar un modelo sociocultural que justifica y defiende su validez y fomenta su uso. Estos valores culturales son también los responsables de la consideración del estatus subordinado de la mujer respecto al hombre, al que se debe someter y sacrificar sus necesidades a favor de las de los hijos o de la pareja.

Respecto a los factores de vulnerabilidad tanto individuales como familiares, Stith y Rosen (1992) incluyen *las experiencias de socialización, las características individuales y las características de la familia nuclear*. Estos autores señalan que las experiencias de socialización, en concreto, la experiencia y exposición de los hijos a violencia doméstica incrementan la probabilidad de que manifiesten comportamientos violentos en la edad adulta. Respecto a las características individuales, serían la presencia de rasgos de personalidad violentos, la sensación de no tener poder, el comportamiento posesivo y celoso, la baja autoestima, la carencia de recursos de afrontamiento y la dependencia a algún tipo de sustancia adictiva, los factores que, en interacción con el estrés situacional, aumentarían el riesgo para el ejercicio de la violencia doméstica. Finalmente, en relación a las características familiares, sería la calidad de la relación de pareja el factor más relacionado con la aparición de la violencia en momentos de alto estrés familiar.

Los factores de estrés situacional harían referencia, por un lado, al *estrés de tipo madurativo*, es decir, a la ansiedad familiar que surge en los momentos de cambio normativo en el ciclo vital y, que de manera inevitable, experimentan todas las familias a lo largo del tiempo.

Stith y Rosen (1992) afirman que es en estos momentos de transición cuando el riesgo de aparición de conductas disfuncionales, como, por ejemplo, la violencia doméstica, es mayor. Por otro lado, los factores de estrés situacional harían referencia al *estrés impredecible*, esto es, a los cambios en la vida de una familia de carácter no normativo, y que estarían incrementando el riesgo de violencia doméstica. Por último, hacen referencia a los *acontecimientos precipitadores inmediatos*, que son aquellas conductas que lleva a cabo la víctima y que, sin guardar relación alguna con el comportamiento violento del agresor, son utilizadas por este último para justificar su agresión.

Los recursos, entendidos como la capacidad de los individuos y las familias para satisfacer y enfrentar las demandas de la vida cotidiana sin recurrir a conductas disfuncionales, sería el último factor mencionado por Stith y Rosen (1992) en su Modelo Interactivo. Abarcaría tres categorías: *los recursos*

personales, como son el bienestar económico, el nivel educativo, el estado de salud tanto física como psicológica y los recursos psicológicos o características de personalidad; *los recursos del sistema familiar*, esto es, su grado de cohesión grupal, su capacidad de adaptación a los cambios normativos y no normativos, la calidad comunicacional y la distribución de poder, factores que van a determinar la manera en que la familia afronta el estrés y las dificultades de una manera adaptativa; y por último, la *red social* y el apoyo del que dispone la familia en momentos de dificultad.

2.2 Indicadores de Violencia Intrafamiliar

La mujer agredida no responde a un perfil en cuanto a clase social, nivel educativo, religión, ideología, país o cultura; tampoco responde a una determinada edad, estado civil, orientación sexual. Cualquier mujer puede convertirse en víctima.

Se sienten responsables de no haber sido capaces de evitar la violencia, pararla, o cambiar el comportamiento de su pareja.

Las mujeres maltratadas desarrollan toda una serie de mecanismos de defensa y supervivencia al estar inmersas en una situación de violencia que muchas veces se cronifica.

Indicadores Clínicos

Antecedentes:

- Historia de acudir a servicios de salud por presentar traumatismos
- Historia de complicaciones y abortos no especificados.
- Historia de partos prematuros y bajo peso al nacer.
- Manifestaciones que pueden encontrarse en la consulta médica:
- Cefaleas frecuentes y otros síntomas inespecíficos
- Heridas o laceraciones.
- Quemaduras.
- Dolor pélvico crónico.
- Infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA.
- Lesiones en los senos, abdomen y genitales.
- Malnutrición y anemia.

En mujeres Embarazadas

- Amenaza de aborto o aborto espontáneo.
- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
- Muerte fetal
- Infección de anexos ovulares (corioamnionitis)
- Inicio temprano de relaciones sexuales (pensar en relaciones obligadas) después del parto o después de un aborto.

Indicadores Psicológicos

Generales:

- Abandono.
- Sentimientos de soledad.
- Indiferencia dentro del hogar.
- Falta de afecto.
- Desvalorización.
- Descuido de su salud.
- Agresividad / pasividad.
- Despojo de sus propiedades.
- Temor a las relaciones sexuales.
- Disminución de la libido o apetito sexual como: frigidez, dispareunia, repulsión a la pareja, anorgasmia, sentimientos de culpa.
- Nerviosismo y ausencia de contacto visual.
- Inquietud y sobresalto al menor ruido.
- Tendencia a culpabilizarse y a exculpar a su pareja.
- Incapacidad para tomar decisiones.
- Abandono laboral.

En la embarazada y el post parto:

- Embarazos no deseados.
- Psicosis puerperal transitoria.
- Estrés, depresión, angustia y ansiedad durante la lactancia.
- Otras alteraciones emocionales, temor, tristeza, apatía depresión, intento de suicidio.

Los trastornos por somatización son una posible consecuencia de la violencia mantenida.

2.3 Características del agresor

La violencia que ejercen los hombres hacia mujeres, niños, niñas y adolescentes es la expresión dramática de la construcción histórica y social de lo que se percibe y admite como masculinidad hegemónica: fortaleza física, restricción para expresar las emociones e imitación de modelos de control, tendencia al ámbito extra-hogar, poder y competencia, rol de proveedor y protector, asertividad y pragmatismo, entre otros, que configuran la triada de la violencia masculina: Violencia contra sí mismos, ocultando sentimientos y debilidades para demostrar “hombría”, asumiendo riesgos y situaciones de peligro. Violencia contra otros hombres, como reflejo de sus características de competitividad, manejo violento de discrepancias y exaltación de fuerza física como valor de masculinidad. Violencia contra las mujeres, por la subvaloración de lo femenino ante lo masculino, el derecho que se otorgan de ser servidos por mujeres, lo que configura un imaginario de lo esperado en sus relaciones.

No podemos perder de vista que los comportamientos violentos contagian y afectan a hombres y mujeres en todos los ciclos de vida, territorios y culturas.

Características del agresor

Los agresores suelen venir de hogares violentos donde se han dado malos tratos habiendo sido víctimas o cuando menos testigos, suelen padecer trastornos psicológicos y personalidad agresiva por esta razón tienden a ser impulsivos muchos de ellos utilizan el alcohol y las drogas lo que produce que se potencie su agresividad. Tienen un perfil determinado de inmadurez, dependencia afectiva, inseguridad, emocionalmente inestables, impaciente e impulsivo, es manipulador y no reconoce sus errores utiliza la agresividad para conseguir sus logros, suelen chantajear con el suicidio haciendo que la mujer cargue con esa responsabilidad, el estrés cotidiano no soporta los desafíos porque se siente en desventaja, lo cual es compensado con violencia, tiene necesidad de controlar; vigilancia obsesiva, acoso telefónico, esperar a la salida del trabajo y espiar.

Una investigación de los psicólogos norteamericanos, el Dr. John Gottman y Dr. Neil Jacobson. Señalan que los hombres agresores caen en dos categorías: pitbull y cobra, con sus propias características personales:

Pit Bull:

- Solamente es violento con las personas que ama
- Celoso y tiene miedo al abandono
- Priva a pareja de su independencia
- Pronto ora, vigilar y atacar públicamente a su propia pareja
- Su cuerpo reacciona violentamente durante una discusión
- Tiene potencial para la rehabilitación
- No ha sido acusado de ningún crimen

Cobra:

- Agresivo con todo el mundo
- Propenso a amenazar con cuchillos o revólveres
- Se calma internamente, según se vuelve agresivo
- Difícil de tratar en terapia psicológica
- Uno depende emocionalmente de otra persona, pero insiste que su pareja haga lo que él quiere.
- Posiblemente haya sido acusado de algún crimen
- Abusa de alcohol y drogas.

En ocasiones la violencia del agresor oculta el miedo o la inseguridad, que sintió de niño ante un padre abusivo que lo golpeaba con frecuencia, al llegar a ser un adulto prefiere adoptar la personalidad del padre abusador a sentirse débil y asustado. En otros casos, los comportamientos ofensivos son la consecuencia de una niñez demasiado permisiva durante la cual los padres complacieron al niño en todo. Esto lleva al niño a creerse superior al llegar a ser un adulto y a pensar que él está por encima de la ley. O sea, que puede hacer lo que quiera y abusar de quien quiera. Piensa que se merece un trato especial, mejor que el que se les da a los demás.

2.4 Teoría sobre la Violencia Intrafamiliar (ciclo de la violencia)

La violencia doméstica tiende a cursar, aunque no siempre, un *patrón de ciclo y escalada*. La “Teoría del Ciclo de la Violencia” desarrollada por Walker (1979, 1989) describe las tres fases que marcarían el desarrollo del maltrato en la mayoría de los casos.

La primera fase: denominada fase de acumulación de la tensión, se caracteriza por una formación gradual de tensión en la relación ante pequeños incidentes cotidianos, que aumentan la fricción y los conflictos entre los miembros de la pareja. Este aumento progresivo de la tensión puede, incluso,

comenzar a manifestarse en esta fase a través de agresiones de tipo psicológico e incidentes “menores” de malos tratos físicos, como bofetadas o empujones.

En esta fase la víctima percibe que puede evitar o retrasar la ocurrencia de las agresiones si acepta las exigencias del maltratador, se muestra sumisa o ignora sus insultos y descalificaciones, o, por el contrario, acelerar su aparición si rechaza o se enfrenta a sus demandas. La víctima cree que puede controlar la situación, aunque, realmente, con su conducta de aceptación pasiva sólo consigue reafirmar o legitimizar la postura del maltratador, que obtiene una constatación de que el abuso es una forma efectiva para que ella se muestre sumisa, y se siente con el derecho de maltratarla. También es frecuente que la mujer atribuya la ocurrencia del maltrato a factores externos y transitorios (como por ejemplo, a dificultades en el trabajo de él u a otras personas, etc.), para evitar, así, tomar conciencia de la gravedad de la situación.

La segunda fase: Denominada fase de explosión, se caracteriza por la liberación abrupta de niveles elevados de tensión acumulada, en forma de episodios graves de maltrato, ya sean de tipo físico, sexual y/o psicológico. La violencia es ejercida por el maltratador como un castigo ante la conducta de la mujer, que percibe que ha perdido totalmente el control sobre la ocurrencia de los actos violentos, ya que tanto el inicio como el fin de las agresiones es impredecible.

Este periodo es el más corto; su duración oscila, habitualmente, entre las dos y las veinticuatro horas, pero es el que produce un mayor daño en la víctima. En ocasiones, es después de este periodo cuando la víctima decide buscar asistencia médica, aunque esto ocurre en menos del 50% de los casos. La finalización de esta etapa suele ir seguida por un estado inicial en la mujer de choque, negación e incredulidad sobre lo ocurrido.

La tercera fase: conocida como fase de arrepentimiento o reconciliación, se caracteriza por un estado temporal de aparente calma y relativa tranquilidad, en el que la violencia desaparece y el maltratador muestra conductas reparadoras, pide perdón y promete que no volverá a suceder. Es frecuente que el agresor trate de justificar el maltrato, aludiendo a factores externos, como el alcohol, el exceso de trabajo u otros problemas, o, lo que es más grave y frecuente, descargando la responsabilidad sobre la mujer, por no haber hecho algo o haberlo hecho en contra de su voluntad.

El maltratador, por un lado, puede realmente creer que nunca más volverá a maltratarla y que será capaz de controlarse y, por el otro, que ya no será necesario recurrir a la violencia, ya que, dada la

lección que ella ha recibido, no volverá a mostrar comportamientos que merezcan ser castigados. La víctima cree, sinceramente, que han sido determinadas circunstancias las que han llevado a su pareja a maltratarla y que no volverá a repetirse. Además, identifica las conductas de ternura y arrepentimiento que el agresor muestra en esta fase, y no su comportamiento violento de las fases anteriores, con cómo es él realmente. De lo contrario, supondría un choque y un derrumbamiento de todas sus expectativas vitales, de sus proyectos y de muchas de sus ilusiones (Lorente, 2001).

Una vez perdonado por la víctima, el ciclo iría evolucionando progresivamente hacia la primera fase. Empieza de nuevo la irritabilidad, la tensión aumenta y acaba esta etapa relativamente tranquila.

De esta forma, la violencia repetida e intermitente se asocia a un refuerzo inmediato (la expresión en el agresor de arrepentimiento y ternura) y a un potencial refuerzo demorado (posibilidad de un cambio en su comportamiento), contribuyendo al mantenimiento de la víctima en la situación de malos tratos. A medida que aumenta la frecuencia y severidad de los incidentes agresivos, la fase de acumulación de tensión se hace más breve, la de explosión más larga e intensa y la de reconciliación menos frecuente, llegando incluso a desaparecer, lo que coincide en ocasiones con el momento en el que la mujer decide pedir ayuda o separarse.

En la mayoría de los casos, la mujer maltratada no percibe este ciclo y reacciona con indefensión y sumisión ante el amor y la violencia, que son percibidos como acontecimientos que ocurren al azar (Walker, 1989). Serían estas respuestas de indefensión y sumisión de la víctima las que estarían reforzando el comportamiento agresivo del hombre, que percibe que su conducta consigue el resultado esperado, y contribuyendo, en consecuencia, al mantenimiento de la violencia. Así pues, este patrón de comportamiento, agresión-indefensión-sumisión, se alimenta progresivamente, dando lugar a una espiral de violencia, denominada por Walker como *escalada de la violencia*, en la que los episodios agresivos son cada vez más frecuentes y peligrosos.

En esta el agresor trata de influir en familiares y amigos de que convengan a la víctima que la perdone. Esto hace que la mujer se sienta culpable siendo ella la culpable de las consecuencias de dicha agresión al romper la relación. Suele ser frecuente tratar de hacerle ver que el necesita ayuda profesional y el apoyo de ella y que no puede abandonarlo en dicha situación, motivo por el cual muchas veces deciden regresar o quitar la denuncia que hicieron.

2.5 Teoría del Vínculo Traumático

Esta teoría fue desarrollada por Dutton y Painter y hace referencia a una relación basada en el desequilibrio de poder que ejerce el maltratador golpeando, abusando o intimidando a su pareja de forma intermitente y creando en ella fuertes apegos emocionales.

El vínculo traumático se hace más poderoso cuando un castigo físico es administrado a intervalos, es decir, periodos de castigo con otros más amigables. La diferencia extrema entre ambas conductas acrecienta aún más el vínculo (Reforzamiento negativo), la conducta de arrepentimiento se asocia al cese de la violencia y la fase de “luna de miel” descrita por Walker queda reforzada. El arrepentimiento se establece como estímulo positivo.

Cuando una mujer abandona una relación abusiva, el miedo comienza a debilitarse por la distancia y esta sensación de alivio por cese de la violencia, que quedó grabada como un esquema mental, comienza a cobrar fuerza. La figura de la pareja que se mostraba arrepentida y amorosa es recordada en la distancia y cuando el estímulo reforzado es más intenso que el miedo, es posible que la mujer decida retornar.

En situaciones de un extremo desequilibrio de poder, la perspectiva del agresor será interiorizada por la persona menos poderosa que se autovalorará progresivamente más necesitada de la otra.

Quien posee mayor poder, el agresor, adquiere una idea sobredimensionada de sí mismo; es por esto por lo la persona poderosa se vuelve dependiente de la sometida; pues a través de este desequilibrio puede sostener la imagen adquirida. La sensación de poder es una especie de máscara de la cual se desprende cuando su víctima intenta abandonarlo. Esta es la explicación de los intentos desesperados del maltratador para atraer a su pareja a través de amenazas o de ficciones de arrepentimiento.

La desvalorización de la mujer junto con los intentos del agresor para mantener su imagen a costa del sometimiento de la mujer explican las dificultades para la ruptura de esa relación.

CAPITULO III

3. Efectos de la violencia intrafamiliar

3.1 Perfil de la Mujer Maltratada

La violencia se establece progresivamente en la pareja. La mujer se deja maltratar, en algunos casos, porque se considera la principal responsable del buen funcionamiento del matrimonio y cree que éste depende de sus propias habilidades para evitar conflictos y situaciones de violencia o ruptura matrimonial.

La principal razón que demora o impide el abandono de la víctima es el temor a las represalias, seguida de la dependencia económica y el miedo a perder los hijos.

Algunos rasgos de la mujer víctima de violencia son:

- ✓ Cree todos los mitos acerca de la violencia doméstica.
- ✓ Baja autoestima.
- ✓ Se siente culpable por haber sido agredida.
- ✓ Se siente fracasada como mujer, esposa y madre.
- ✓ Siente temor y pánico.
- ✓ Falta de control sobre su vida.
- ✓ Sentimientos encontrados: odia ser agredida pero cree que le han pegado por su culpa, que se lo merecía.
- ✓ Se siente incapaz de resolver su situación.
- ✓ Cree que nadie le puede ayudar a resolver su problema.
- ✓ Se siente responsable por la conducta del agresor.
- ✓ Se aísla socialmente.
- ✓ Riesgo de adicciones.
- ✓ Acepta el mito de la superioridad masculina.
- ✓ Teme al estigma del divorcio

A veces las mujeres no se separan y sufren en silencio por miedo a perder su seguridad económica y la de sus hijos. Lamentablemente esto sucede sobre todo en la mujer que no tiene educación.

Otras veces no se separan debido a las amenazas de más violencia o de muerte, si intentan separarse. "Si dices algo a la policía te mato".

Cuando se pregunta por qué aguantaron maltrato durante años, la respuesta más común es: "Por mis hijos; no quería que se criaran sin un padre". Parece una respuesta válida, pero si la analizamos descubrimos su inconsistencia. Sucede que en una situación de violencia los hijos también sufren.

El crecimiento en una atmósfera de miedo, tensión y terror influirá negativamente en su desarrollo emocional y más tarde se manifestará en el abandono escolar, en el uso de drogas, en desórdenes psicológicos y en violencia y delincuencia.

En muchos casos influye el factor económico. Soportan cuanta vejación venga con tal de no perder la seguridad económica para sí y sus hijos. Se trata generalmente de mujeres con poca preparación académica, conscientes de que sin el marido no podrían vivir cómodamente.

La mujer repetidamente abusada se destruye psicológicamente. Su yo, su identidad individual. Eso la incapacita para tomar las decisiones correctas. Cae en la ambivalencia efectiva; su autoestima queda por los suelos hasta creer ella misma que merece tales insultos y golpes.

Cuando una persona cae a ese nivel, su capacidad de decisión queda prácticamente anulada. Si a una persona así aplastada se le amenaza con un "Si me denuncias, te mato", se sentirá paralizada. Quizás en un último intento de supervivencia reaccione, pero usando las mismas armas que a ella la han destruido.

Las mujeres que aguantan una relación abusiva indefinidamente acaban perdiendo su salud física y mental, se enferman, toda la familia termina enferma. Las mujeres en situaciones abusivas pierden su autoestima. No saben protegerse, ni se dan cuenta del peligro que corren.

El maltrato continuado genera en la mujer un proceso patológico de adaptación denominado "Síndrome de la mujer maltratada".

Este síndrome se caracteriza por:

La pérdida del control; Consiste en la convicción de que la solución a las agresiones le son ajenas, la mujer se torna pasiva y espera las directrices de terceras personas.

Baja respuesta conductual: La mujer decide no buscar más estrategias para evitar las agresiones y su respuesta ante los estímulos externos es pasiva. Su aparente indiferencia le permite autoexigirse y culpabilizarse menos por las agresiones que sufre pero también limitada para oponerse a éstas.

Identificación con el agresor: La víctima cree merecer las agresiones e incluso justifica, ante críticas externas, la conducta del agresor. Es habitual el "Síndrome de Estocolmo", que se da frecuentemente en secuestros y situaciones límite con riesgo vital y dificulta la intervención externa. Por otra parte, la intermitencia de las agresiones y el paso constante de la violencia al afecto, refuerza las relaciones de dependencia por parte de la mujer maltratada, que empeoran cuando la dependencia también es económica.

Indefensión aprendida: Tras fracasar en su intento por contener las agresiones, y en un contexto de baja autoestima reforzado por su incapacidad por acabar con la situación, la mujer termina asumiendo las agresiones como un castigo merecido.

En ocasiones las mujeres permanecen con su pareja violenta porque creen que las alternativas que tienen son peores a su situación. Se convencen de que las cosas no están tan mal y piensan que son ellas las que incitan a la violencia por no haberse quedado calladas, se culpan y se censuran. Hay que destacar especialmente el **síndrome de indefensión aprendida**, porque en la situación de los malos tratos, éstos nunca vienen por un motivo concreto. Al ver que no hay manera de evitar los malos tratos se quedan paralizadas, se inmovilizan. Por eso desde fuera da la impresión de que la mujer no quiere remediar el problema.

Las mujeres involucradas en estas situaciones, impulsadas por su desvalorización, no perciben la humillación que implica el esfuerzo de intentar arrancar amor, interés o cuidados auténticos a quien no puede o no quiere darlos o sentirlos.

Los valores ideológicos que sostienen la familia, por no asumir adecuadamente su papel de madre y esposa. Por eso intentan adaptarse a los requerimientos de su marido para ser aceptadas y no

maltratadas, asumiendo un papel de subordinación, con las falsas expectativas de que si ella se comporta bien no dará lugar a que su marido la maltrate.

Dutton y Painter (1981) han descrito un escenario en el que dos factores, el desequilibrio de poder y la intermitencia en el tratamiento bueno-malo, generan en la mujer maltratada el desarrollo de un lazo traumático que la une con el agresor a través de conductas de docilidad. Según Dutton y Painter, el abuso crea y mantiene en la pareja una dinámica de dependencia debido a su efecto asimétrico sobre el equilibrio de poder, siendo el vínculo traumático producido por la alternancia de refuerzos y castigos.

Cuando la individualidad, con sus rasgos, sus proyectos y sus ideas, deja de ser el eje de la vida para que otra persona ocupe totalmente ese lugar, se produce un desequilibrio y un vacío interior, la anulación de la personalidad y la gestación de una enorme dependencia. Todo lo que dice, hace o piensa el otro pasa a ser vital para su seguridad. La extrema necesidad de aprobación y la esclavización espiritual y hasta física llevan a un estado de inquietud permanente. Todo se vuelve amenazante para ese amor dependiente.

En este sentido, el hombre violento también es dependiente de su esposa. Su baja autoestima le lleva a controlar todo lo que ella hace, pues se siente inseguro de que lo quiera y lo acepte por él mismo. De ahí que utilice el abuso emocional para socavar la autoconfianza de la mujer, haciéndole creer que no puede arreglárselas sola y que es una inútil sin la compañía del agresor.

3.2 Efectos psicológicos de la violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar constituye un fenómeno que atenta indiscriminadamente contra la población femenina, convirtiéndose hoy en día en la principal amenaza para su integridad física y psicológica. Las mujeres que son objeto de violencia tienen un riesgo superior para enfermarse y sufrir problemas de salud física y mental. La gravedad de las secuelas en las víctimas se relacionaría con la intensidad del maltrato, persistiendo incluso mucho después de que la relación violenta haya terminado.

La experiencia de violencia dentro del hogar es un factor de riesgo para el desarrollo de desórdenes clínicos y trastornos psicológicos. La OMS (1998) afirma que las mujeres que experimentan malos tratos tendrían entre 4 y 6 veces más probabilidad de necesitar tratamiento psiquiátrico que aquéllas que no los sufren.

La violencia psicológica es el camino más rápido para desarrollar un TEPT que la violencia física en mujeres maltratadas.

Las mujeres que sufren agresión por parte de sus esposos o compañeros con frecuencia comienzan a presentar ciertas características emocionales como:

Culpa y vergüenza:

Se culpabilizan por ser incapaces de frenar los ataques violentos, y en muchos casos dicen reconocer que fue un error permitir que desde el inicio su pareja la haya maltratado, sintiéndose derrotadas, se avergüenzan porque la gente se entere que es violentada por esta razón no acuden en busca de ayuda y muchas veces las ideas y creencias con las cuales fueron educadas o muchas veces impuestas desde niñas hacen que las mujeres traten de mantener a la familia unida, no quieran fracasar en su matrimonio.

Impotencia:

Este sentimiento surge cuando la mujer ha intentado parar la violencia de muchas maneras: ha insistido en la comunicación, ha intentado complacer a su agresor en todo lo que ha podido, prediciendo lo que puede llegar a molestarle pero la violencia sigue. En muchas ocasiones buscan ayuda en familiares o en autoridades y no encuentra la comprensión ni el apoyo como ella quisiera, pareciera que nada funciona, llenándola de una gran impotencia y resignación.

Se siente amenazada y con miedo:

En muchos casos la mujer teme por su vida debido a las constantes amenazas y agresiones verbales, físicas o sexuales, por otro lado la exposición a la violencia constante en su espacio íntimo, ignorar el porqué y el cuándo de la siguiente golpiza, es causa inevitable de miedo y terror, tensión y estrés.

Aislamiento:

Una de las características del agresor es que intentará alejar a la mujer de todo contacto con el exterior, distanciándola de familiares y amistades, controla el dinero, ella deja de trabajar. Por lo regular la mujer se siente tan mal consigo misma y la situación que tampoco tiene ganas de que la vean o de salir, por lo que va aceptando el aislamiento impuesto

Minimizada, sin Poder:

El maltratador intenta convencer a la mujer de que carece de cualidades y todo lo hace mal, a la vez que él se presenta como especialmente perfecto. Por ello la víctima nunca consigue su aprobación. No la valora en nada, ella se siente incompetente en todo lo que hace ya que ha sido descalificada constantemente.

Sumisión:

La mujer se olvida de sus propias necesidades para procurar satisfacer las de su agresor. Él se convierte en el centro de su vida, se vuelve sumisa, pasiva, dócil y surge el vínculo de sumisión haciendo más difícil reconocer que es víctima de violencia.

Confundida:

El agresor mostrará momentos de arrepentimiento, como se detalló en el ciclo de la violencia en la fase de arrepentimiento confundiendo a la mujer creando la falsa esperanza de que va a cambiar.

Dependencia:

La incapacidad de la víctima para poner en práctica los recursos que conoce, tanto propios como externos (hablar, negociar, conceder, pedir ayuda, denunciar, etc.), para disminuir el riesgo de ser maltratada, la impulsa a adaptarse, sujetándose a la única persona que es muy importante (porque él se lo ha hecho creer así) su pareja violenta y en muchas ocasiones llegan a creer que por el bienestar de su hogar no debe apartarse para que sus hijos estén cerca del papá, o incluso la dependencia económica influye en la necesidad de permanecer junto a su agresor.

Depresión:

Una mujer constantemente lastimada, sin perspectivas y que ha acabado por creer que su vida no tiene alternativas, caerá en un estado depresivo que la imposibilita para tomar decisiones y/o acciones que la ayuden a salir de su situación actual.

3.3 Síntomas Psicosomáticos causados por VIF

Los síntomas físicos deben ser tomados con atención ya que nos indican que algo en nuestro cuerpo y mente está necesitando cuidado.

Cuando la relación mente cuerpo, se ve alterada su armonía, debido a emociones displacenteras, sentimientos negativos, modificaciones del ciclo vital, baja autoestima, alteraciones funcionales o situaciones de alto impacto emocional como es la VIF, es altamente generadora de estrés,

inevitablemente se produce un impacto, que puede representarse en forma de síntomas o enfermedades psicosomáticas.

Detrás de todo síntoma físico hay guardados sentimientos, temores, pensamientos, y reacciones emocionales. Tratar de entender lo que nuestro cuerpo está sintiendo sin aparente razón, es la oportunidad de valorar el equilibrio del eje cuerpo–mente. En la enfermedad psicosomática en la medida que las emociones, el estrés o sentimientos negativos son más intensos, más fuertes o más impactantes, también lo son esas respuestas emocionales o cognitivas.

Se tomó como referencia el modelo transaccional de estrés desarrollado por Lazarus y Folkman (1980), para una mejor explicación acerca de los cambios que se van produciendo en el organismo como consecuencia de la presencia, más o menos mantenida de un estresor o situaciones de estrés. Todos los organismos ante situaciones estresantes presentan esta respuesta generalizada (afecta a todo el organismo) e inespecífico (es la misma para cualquier estresor o situación de estrés).

Una transacción entre la persona y el ambiente es un proceso dinámico de interacción entre el sujeto y el medio.

El estrés psicológico es “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”.

El proceso psicobiológico consta de tres componentes principales:

1. Una situación inicial en la que se produce un acontecimiento que es potencialmente perjudicial o peligroso (acontecimiento estresante o estresor)
2. El acontecimiento es interpretado como peligroso, perjudicial o amenazante, el sujeto lo percibe y valora como tal, independientemente de sus características objetivas.
3. Y por último se da la activación del organismo, como respuesta ante la amenaza.

Considerando y teniendo en cuenta que los acontecimientos violentos y la dificultad para afrontar el problema generan tensión, desempeñan un papel importante en la génesis del síntoma o enfermedad psicosomática. Como para la medicina en la aparición de las enfermedades son un factor desencadenante y tan importante las bacterias, las toxinas y los traumas que haya sufrido la persona,

para la psicología las situaciones emocionales son determinantes en la presentación de síntomas físicos, después de periodos prolongados ha hechos de violencia física y maltrato psicológico.

Los estados depresivos, las situaciones de tensión emocional prolongada, el estrés, producen disminución en las inmunodefensas, por esto cuando la respuesta inmunológica se halla disminuida, se pueden presentar síntomas y enfermedades somáticas, esto es que afecten a un órgano o una función. Muchos de los síntomas psicosomáticos son confundidos con enfermedades o afecciones físicas por lo que la intervención médica individualmente no es suficiente para poder determinar un diagnostico específico de la evaluación de los síntomas.

A continuación se detalla los síntomas psicosomáticos que puede presentar una mujer víctima de violencia:

Síntomas Psicosomáticos

Colon irritable: Que viene determinado por una alteración funcional del intestino y diversos dolores abdominales asociado a situaciones de estrés psicológico. Otros síntomas asociados pueden ser náuseas, vómitos, dispepsia o signos de hemorragia gastrointestinal.

Respiratorias: El sistema respiratorio puede verse afectado, tanto en su expresión como en su acción. Las expresiones sentimentales como el llanto, la ira, la decepción o la pena y, en definitiva, las emociones, implican cambios en la acción respiratoria como es el síndrome de hiperventilación. Los estados depresivos producen suspiros, ante el factor sorpresa se corta la respiración, la emoción sofoca y los estados de angustia ahogan.

Sistema Cardiovascular:

Taquicardia (cambios de la tensión arterial)

Hipertensión.

Hipertensión crónica.

En el sistema cardiovascular, provoca que aumente la presión sanguínea y la frecuencia de los latidos cardiacos. En aquellos casos en que la función cardiaca se halla seriamente comprometida, esta carga negativa puede inclinar la balanza hacia una insuficiencia cardiaca.

Cefalea tensional

Es el síntoma más frecuente en las mujeres violentadas por la acumulación de tensión y la contracción mantenida de los músculos de la cabeza y el cuello. Suele aparecer en la nuca y se puede extender a toda la cabeza. Típicamente empeora a lo largo del día.

Genitourinarias

El vaginismo principalmente se presenta en mujeres que han sufrido abusos sexuales o experiencias sexuales traumáticas e incluso pueden causar amenorrea y disfunciones sexuales previamente descartadas por componentes físicos.

Dermatológicas

Muchas mujeres a nivel de piel pueden presentar dermatitis, acné, hiperhidrosis, vitíligo, hormigueo, entumecimiento o sensaciones extrañas, todo esto producido por la acumulación de tensión y estrés que no ha podido ser liberado.

Osteomusculares

El principal síntoma psicossomático que se presenta es la fibromialgia, con dolores prolongados en todo el cuerpo y sensibilidad en las articulaciones, músculos, tendones y otros tejidos blandos, también puede estar relacionado con problemas de sueño y la falta de descanso.

Trastornos Somatomorfos

La característica común de los trastornos Somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica (de ahí el término somatomorfo) y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia).

Los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. A diferencia de lo que ocurre en los trastornos facticios y en la simulación, los síntomas físicos no son intencionados (p. ej., bajo control voluntario). Los trastornos Somatomorfos se diferencian de los factores psicológicos que afectan el estado físico por la ausencia de una enfermedad médica diagnosticable que pueda explicar por completo todos los síntomas físicos. La agrupación de estos trastornos en un único grupo está basada más en la utilidad (p. ej., la necesidad de excluir enfermedades médicas ocultas o etiologías inducidas por sustancias) que en las hipótesis sobre etiologías o mecanismos compartidos.

A continuación se explicara cada uno de los siguientes trastornos Somatomorfos:

El trastorno de **somatización** (anteriormente histeria o síndrome de Briquet) es un trastorno polisintomático que se inicia antes de los 30 años, persiste durante varios años y se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales, sexuales, seudoneurológicos y dolor.

El trastorno **somatomorfo indiferenciado** se caracteriza por síntomas físicos no explicados, que persisten al menos 6 meses y que son insuficientes para establecer el diagnóstico de trastorno de somatización.

El trastorno de **conversión** consiste en síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren un trastorno neurológico o médico. Se considera que los factores psicológicos están asociados a los síntomas o a las disfunciones.

El trastorno **por dolor** consiste en la presencia de dolor como objeto predominante de atención clínica. Además, se considera que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en su inicio, gravedad, exacerbación o persistencia.

La **hipocondría** es la preocupación y el miedo de tener, o la idea de padecer, una enfermedad grave a partir de la mala interpretación de los síntomas o funciones corporales.

El trastorno **dismórfico corporal** es la preocupación por algún defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico.

En el trastorno **somatomorfo no especificado** se incluyen los trastornos con síntomas somatomorfos que no cumplen los criterios de cualquiera de los trastornos somatomorfos específicos.

3.4 Trastorno de estrés postraumático y Ansiedad en mujeres violentadas

El trastorno de estrés postraumático (TEP) refiere un patrón de síntomas en individuos que han sufrido estímulos estresantes traumáticos. Este trastorno se mostró como diagnóstico en 1980 en la aparición del DSM-III (APA, 1980).

En la actualidad el trastorno de estrés postraumático se utiliza en un gran número de traumas como; víctimas de delitos, víctimas de violación, víctimas de abuso sexual infantil, víctimas de abuso físico y

violencia doméstica, víctimas de accidentes de tránsito y víctimas de desastres tanto naturales y provocados por el hombre.

Como explica el DSM IV TR, el trastorno de **estrés postraumático** pertenece al grupo de los trastornos por ansiedad y se diagnostica por la aparición de una serie de síntomas tras vivir un acontecimiento estresante o extremadamente traumático que represente una amenaza para la integridad física y el bienestar psicológico. El daño psicológico ocasionado es consecuencia de la experiencia traumática con independencia de las variables individuales o biográficas de la persona. La persona muestra síntomas de reexperimentación del episodio traumático, evitación de los estímulos que asocia de alguna manera a dicho acontecimiento y activación del *arousal*.

El TEP puede iniciarse a cualquier edad y tener un curso variable. Puede darse el TEP agudo, que no dura más de tres meses, el TEP crónico que dura más de tres meses y el TEP de inicio demorado que aparece después de 6 meses o más de haberse producido el acontecimiento traumático. La duración de los síntomas también muestra grandes variaciones, la mitad de los casos suele recuperarse durante los primeros tres meses, pero en otras ocasiones los síntomas persisten incluso después de un año de vivido el evento traumático.

La mujer con estrés post traumático posee un amplio conjunto de alteraciones clínicas: a nivel cognitivo (confusión e impotencia, es incapaz de tomar de decisiones, pérdida de control, etc. a nivel psicofisiológico se asusta fácilmente y a nivel conductual apatía, ruptura de la rutina diaria.

El TEPT que se da por la VIF, se presenta características específicas que pueden ser:

- El curso crónico y la reiteración de la violencia.
- El hogar deja de ser un lugar seguro para la mujer maltratada, aumentando la percepción de vulnerabilidad e inminencia de nuevas agresiones.
- La vivencia de la violencia como un fracaso personal, al afectar a la relación de pareja y a la vida familiar, lo que provoca sentimientos de culpa y pérdida de autoestima en la víctima.
- El aislamiento personal y la pérdida de muchas de las actividades gratificantes.
- El sentimiento de indefensión, al no haber una solución clara para escapar de esta violencia. Abandonar al agresor no es una panacea.
- El recurso a soluciones de afrontamiento inadecuadas (consumo de alcohol y drogas, reclusión...) ante la falta de alternativas de acción eficaces.

- La desorganización que provoca en distintas áreas de la vida: abandono del hogar, de los amigos, del trabajo, de los lugares habituales, etc., lo que provoca una grave inadaptación a nivel social y la pérdida de importantes redes de apoyo.

Ansiedad

La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica.

Los trastornos que pueden producirse cuando la ansiedad es muy elevada tradicionalmente se dividen en:

- Trastornos físicos y
- Trastornos mentales

Entre los trastornos físicos que normalmente atiende el médico se encuentran los llamados trastornos psicofisiológicos:

- Trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, etc.),
- Trastornos digestivos (colon irritable, úlcera),
- Trastornos respiratorios (asma),
- Trastornos dermatológicos (psoriasis, acné, eczema),
- Y otros trastornos psicofisiológicos (cefaleas tensionales, dolor crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.).

La ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide.

También encontramos niveles altos de ansiedad en trastornos crónicos que amenazan la calidad de vida, en los trastornos en los que el dolor juega un papel importante, etc.

Entre los trastornos mentales los más frecuentes son sin duda los trastornos de ansiedad, sin embargo, también encontramos niveles de ansiedad elevados en muchos otros desórdenes mentales, entre ellos:

- Los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia, etc.),
- Las adicciones (tabaco, alcohol, cafeína, derivados del cannabis, cocaína, heroína, etc.),
- Los trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia),
- Trastornos del sueño,
- Trastornos sexuales,
- Trastornos del control de impulsos (juego patológico, tricotilomanía, etc.),
- Trastornos somatomorfos (hipocondría, somatización, conversión, etc.)

CARACTERISTICAS

La característica principal de una crisis de angustia es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, que se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (habitualmente en 10 min o menos), acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar. Los 13 síntomas somáticos o cognoscitivos vienen constituidos por palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareo (aturdimiento), desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o «volverse loco», miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones. Las crisis que reúnen los restantes criterios, pero presentan menos de 4 de estos síntomas, se denominan crisis sintomáticas limitadas.

Existen tres tipos característicos de crisis de angustia, que se diferencian por el modo de inicio y la presencia o ausencia de desencadenantes ambientales: ***crisis de angustia inesperadas*** (no relacionadas con estímulos situacionales), en las que el inicio de la crisis de angustia no se asocia a desencadenantes ambientales (es decir, aparecen sin ningún motivo aparente); ***crisis de angustia situacionales*** (desencadenadas por estímulos ambientales), donde la crisis de angustia aparece de forma casi exclusiva inmediatamente después de la exposición o anticipación de un estímulo o desencadenante ambiental (p. ej., ver una serpiente o un perro desencadena automáticamente una crisis de angustia), y ***crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada***, las cuales tienen simplemente más probabilidades de aparecer al exponerse el individuo a ciertos estímulos o desencadenantes ambientales, aunque no siempre existe esta asociación con el estímulo ni tampoco siempre el episodio aparece inmediatamente después de exponerse a la situación.

MARCO METODOLOGICO

Hipótesis

- **Hi:** Los síntomas psicosomáticos se presentan siempre en una mujer víctima de VIF.
- **Ho:** Los síntomas psicosomáticos no se presentan siempre en una mujer víctima de VIF.

Identificación de variables

- Variable Independiente: Mujeres víctimas de VIF.
- Variable Dependiente: Síntomas Psicosomáticos.

Construcción de indicadores y medidas

Variable independiente	Variable dependiente	Indicador	Instrumento
Mujeres víctimas de VIF	Síntomas Psicosomáticos	Evaluación del instrumento de acuerdo a los síntomas psicosomáticos presentados.	Test de Hamilton de Ansiedad Entrevista

Diseño de la investigación

Es una investigación no experimental

Tipo de investigación

Correlacional

Población y grupo de estudio

Descripción del universo

La población con la que se trabajó en el presente estudio fueron las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que asistieron al “Centro de Apoyo Integral Tres Manuelas”, que requieran apoyo psicológico

Diseño de la muestra

La selección de la muestra se realizó previo a la entrevista en donde se seleccionaba a las mujeres que cumplan con el perfil de:

Mujeres de 18 a 45 años

Víctimas de violencia intrafamiliar

Que presenten síntomas posibles síntomas psicosomáticos.

Técnicas e instrumentación

Análisis de validez y confiabilidad

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) (1) fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales” en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión (2) es la más ampliamente utilizada en la actualidad. **Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados**

Interpretación

Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos, no se recomienda su uso como herramienta de screening ni de diagnóstico.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a **ansiedad psíquica** (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a **ansiedad somática** (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) (8).

Confiabilidad

Muestra una buena consistencia interna (7) (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).

Validez:

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi^{18, 19} ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck²⁰ ($r = 0,56$).

Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos¹¹ (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton^{21, 22} ($r = 0,62 - 0,73$).

Es sensible al cambio tras el tratamiento.

TEST PSICOMETRICO DE ANSIEDAD DE HAMILTON

(Forma de calificar)

SINTOMAS PSICOLOGICOS (ITEMS 1, 2, 3, 4, 5, 6 Y 14)

RANGO NIVEL DE ANSIEDAD

1-7	Intensidad Ligera
8-14	Intensidad Media
15-21	Intensidad Elevada
22-28	Intensidad máxima

SINTOMAS SOMATICO (ITEMS 7, 8, 9, 10, 11, 12-13)

RANGO NIVEL DE ANSIEDAD

1-7	Intensidad Ligera
8-14	Intensidad Media
15-21	Intensidad Elevada
22-28	Intensidad máxima

Características de las técnicas proyectivas:

1. Lograr penetrar en la personalidad individual, acercarnos a ella y entenderla.

2. Métodos globalistas no atomistas (psicometría), no pretende evaluar una característica puntual sino la persona como algo global.
3. Suponen que el sujeto organiza sus respuestas en función de su propio mundo interno (historia personal). Por tanto, las respuestas organizadas entorno a su motivación, ideas, percepción, actitudes, ideas, etc.
4. Trata la peculiaridad de las respuestas, por eso toda respuesta es significativa y válida.
5. El tipo de datos que arrojan es complejo e están interconectados, esto nos dificulta la labor de cuantificar y validar de forma tradicional (psicométrica).
6. La codificación e interpretación no se logra puntuando ítem a ítem, de cada pregunta sino que es una puntuación total (global) no puntuaciones independientes. Nos interesa la relación de los resultados, nos da una totalidad.

Fundamentos de la prueba

Conocemos que en los primeros años de vida del sujeto, se originan una serie de conflictos que no son atendidos y comprendidos oportunamente, repercuten y perduran a través de todo su desenvolvimiento.

Sabemos que por otro lado que estos primeros años, los vive en el seno del hogar y de no existir un ambiente propicio se convierte en fuente generadora de problemas.

Si luego de un análisis concienzudo, aceptamos esta aseveración, podemos mencionar como principales: falta de adaptación, conflictos de rivalidad fraterna y con las figuras parentales (padre, madre), los mismos que al no ser superados propician la aparición de nuevos y variados problemas en el futuro.

Para descubrir los diferentes conflictos que tiene el niño, es necesario procurar que revele sus sentimientos más íntimos y la forma como las vive las relaciones con las diferentes personas de manera inconsciente.

Para que el niño revele sus sentimientos es necesario que se exprese libremente y para esto el dibujo es un gran medio.

Al dibujar una familia especialmente, el niño proyecta al exterior tendencias reprimidas en el inconsciente, para de esta manera dar a conocer los verdaderos sentimientos dirigidos a sus familiares.

El dibujo de una familia, es un test de personalidad gráfico, y se ajusta a los requisitos de todo test proyectivo.

Se puede aplicar a niños de 5 o 6 años y ha sido también diseñado para adolescentes hasta 16 años.

Recolección de datos

Descripción del universo

La población con la que se trabajó en el presente estudio fueron las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que asistieron al “Centro de Apoyo Integral Tres Manueles”, que requieran apoyo psicológico

Diseño de la muestra

La selección de la muestra se realizó previo a la entrevista en donde se seleccionaba a las mujeres que cumplan con el perfil de:

Mujeres de 18 a 45 años

Víctimas de violencia intrafamiliar

Que presenten síntomas posibles síntomas psicosomáticos

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

Para la recolección de los síntomas psicosomáticos se tomó el test de HAMILTON de ansiedad, aplicado a las usuarias que fueron atendidas durante el año de prácticas preprofesionales.

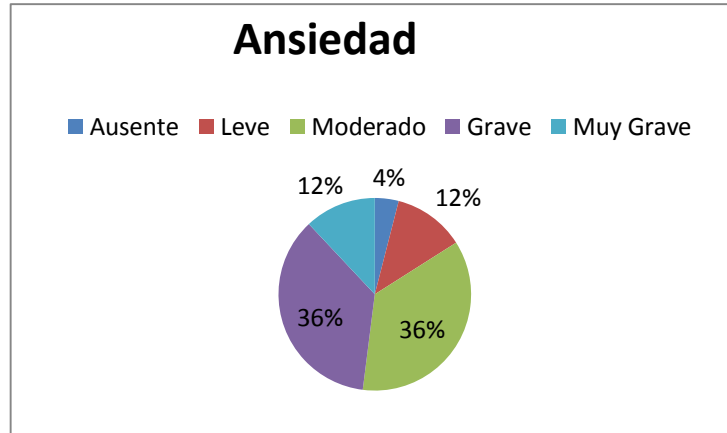
Presentación (gráficos y tablas)

1. Estado de ánimo ansioso: Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación nerviosa), irritabilidad.

Tabla 1. Valoración del estado de ánimo

Ausente	1
Leve	3
Moderado	9
Grave	9
Muy Grave	3
Total	25

Grafico 1. Valoración del estado de ánimo



Interpretación.-

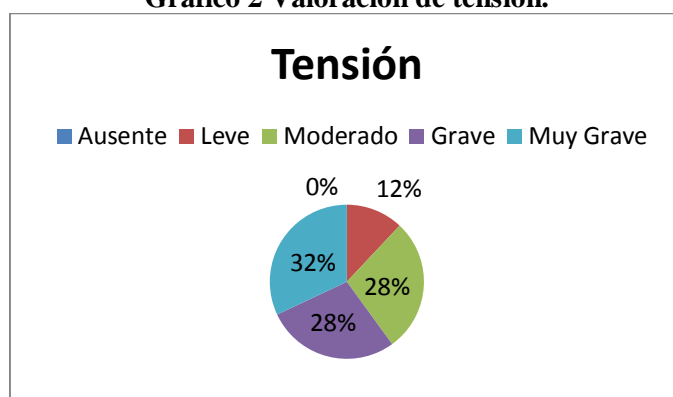
El test de Hamilton de ansiedad que se aplicó a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en la pregunta sobre las Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación nerviosa), irritabilidad. El 4% con solo una usuaria respondió que es ausente seguido por el 12% con 3 usuarias respectivamente contestaron que es leve y muy grave y finalmente con 9 usuarias que equivale al 36% respectivamente pertenece al moderado y grave; lo que nos indica que del 100% el 36% de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar presenta síntomas de ansiedad causada por el maltrato al que son expuestas.

2. Tensión: Sensaciones de tensión. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.

Tabla 2. Valoración de tensión.

Ausente	0
Leve	3
Moderado	7
Grave	7
Muy Grave	8
Total	25

Grafico 2 Valoración de tensión.



Interpretación.-

El test de Hamilton de ansiedad que se aplicó a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en la pregunta sobre las Sensaciones de tensión, el 0% es ausente pero el 12% con 3 usuarias responden que el nivel de tensión es leve seguido por el 28% con 7 usuarias respectivamente responden que el nivel de tensión es moderado y grave; Finalmente con 8 usuarias que equivale al 32% responde que el nivel de tensión es grave.

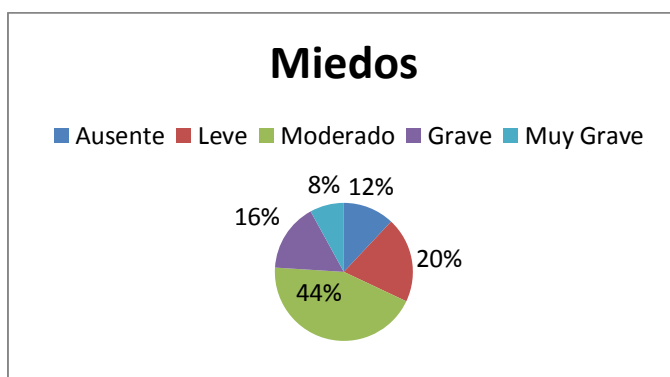
Lo que nos indica que del 100% el 35% de la mujer maltratada presenta tensión a causa de la violencia a la que esta expuesta.

3. Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.

Tabla 3. Valoración de Miedos.

Ausente	3
Leve	5
Moderado	11
Grave	4
Muy Grave	2
Total	25

Grafico 3. Valoración de tensión



Interpretación.-

El test de Hamilton de ansiedad que se aplicó a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en la pregunta sobre miedos a lo desconocido, quedarse solo, los animales, la circulación y a muchedumbre. Dos usuarias con el 8% indican que muy grave, 3 usuarias con el 12% manifiestan que es ausente seguido de grave con 4 usuarias con el 16%, con el 20% 5 usuarias responden que es leve y finalmente con el 44% han contestado que es moderado.

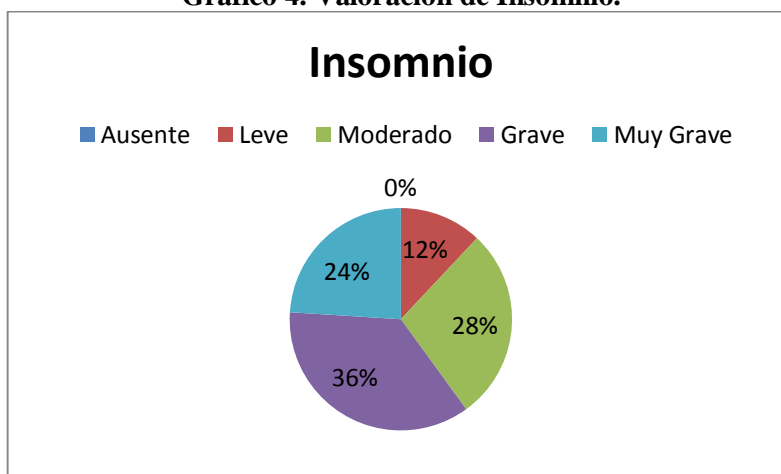
Lo que nos indica que el miedo en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar es moderado ya que de las 25 mujeres el 44% indican que tienen miedo a quedarse solas a lo desconocido y a la muchedumbre.

4. Insomnio: Dificultades de conciliación, Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.

Tabla 4. Valoración de Insomnio.

Ausente	0
Leve	3
Moderado	7
Grave	9
Muy Grave	6
Total	25

Grafico 4. Valoración de Insomnio.



Interpretación.-: El test de Hamilton de ansiedad que se aplicó a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en la pregunta sobre el Insomnio el 0% respondió que es ausente el 12% con 3 usuarias indican que es leve seguido por el 24% con 6 usuarias indican que se presenta en estado muy grave, 7 usuarias contestan que es moderado con el 28% y finalmente con 9 usuarias pertenece al estado de grave con el 36%, completando así el 100%.

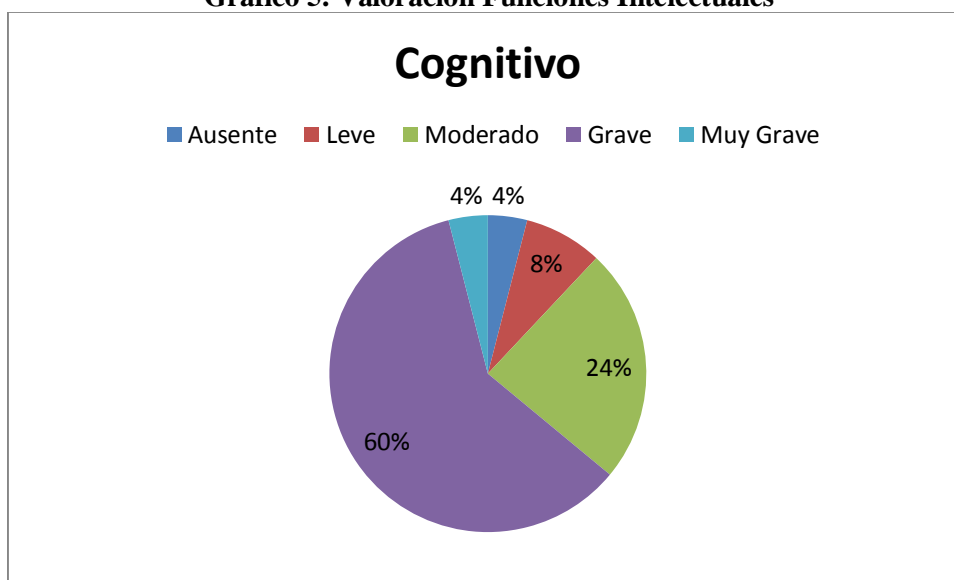
Insomnio es uno de los síntomas relevantes en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar con el 36%.

5. Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Mala memoria.

Tabla 5. Valoración Funciones Intelectuales.

Ausente	1
Leve	2
Moderado	6
Grave	15
Muy Grave	1
Total	25

Grafico 5. Valoración Funciones Intelectuales



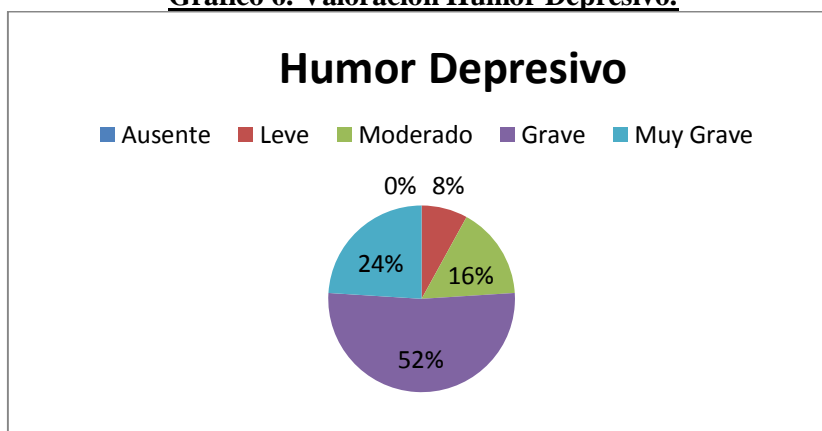
Interpretación.- El test de Hamilton de ansiedad que se aplicó a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en la pregunta sobre Dificultad de concentración indica que 1 usuarias con el 4% respectivamente indican que es ausente y muy grave, 2 usuarias con el 8% responden que es leve seguido por el 24% con 6 usuarias afirman que la dificultad de concentración es moderada y finalmente con el mayor porcentaje el 60% con 15 usuarias es grave. Lo que indica que de 25 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar 15 presentan dificultad para concentrarse

6. Humor depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.

Tabla 6. Valoración Humor Depresivo

Ausente	0
Leve	2
Moderado	4
Grave	13
Muy Grave	6
Total	25

Grafico 6. Valoración Humor Depresivo.



Interpretación.-

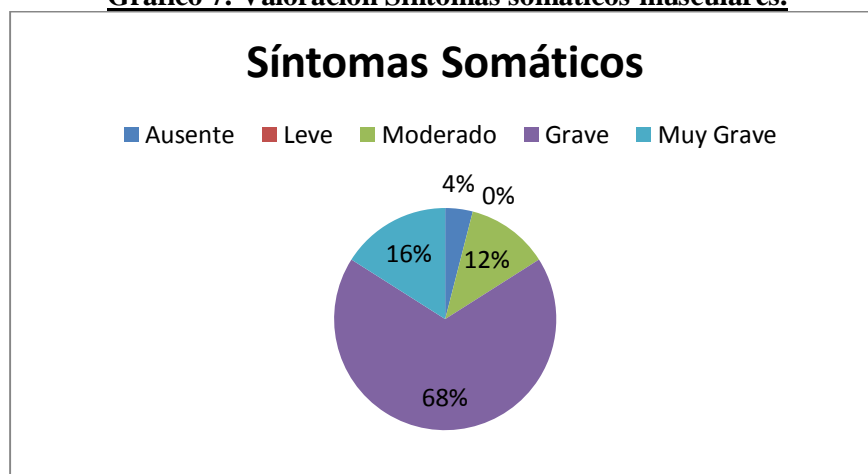
El test de Hamilton de ansiedad que se aplicó a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en la pregunta sobre Humor Depresivo 0 usuarias con el 0% indican que es ausente, 2 usuarias con el 8% manifiestan que es leve seguido por el 16% con 4 usuarias que moderado, el 24% con 6 usuarias responden que es muy grave y finalmente con el 52% con 13 usuarias indican que el estado depresivo es grave; Lo que se confirma que el mayor porcentaje de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar presentan depresión.

7. Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.

Tabla 7. Valoración Síntomas somáticos musculares

Ausente	1
Leve	0
Moderado	3
Grave	17
Muy Grave	4
Total	25

Grafico 7. Valoración Síntomas somáticos musculares.



Interpretación.- El test de Hamilton de ansiedad que se aplicó a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en la pregunta sobre si han presentado síntomas somáticos el 0% corresponde a leve, 1 usuaria con 4% indica que es ausente el 12% con 3 usuarias indican que es moderado y usuarias con el 16% responden que es muy grave y finalmente con 68% con 17 usuarias han contestado que es grave.

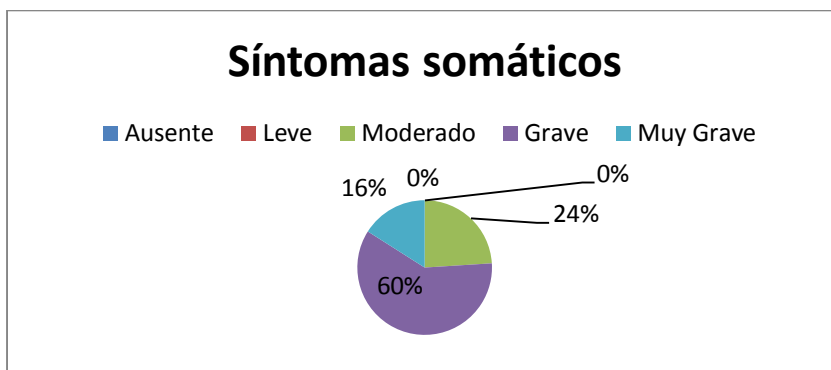
Lo que indica que del 100% de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar el 68% presenta síntomas somáticos, es decir que si se existe presencia de dolor físico a causa del daño psicológico.

8. Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestesias (pinchazos u hormigueos).

Tabla 8. Valoración Síntomas somáticos generales.

Ausente	0
Leve	0
Moderado	6
Grave	15
Muy Grave	4
Total	25

Grafico 8. Valoración Síntomas somáticos generales



Interpretación.-

El test de Hamilton de ansiedad que se aplicó a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en la pregunta sobre si han presentado síntomas somáticos generales el 0% corresponde a ausente y leve, 4 usuarias con 16% indica que es muy grave, el 24% con 6 usuarias indican que moderado y finalmente con 60% con 15 usuarias han contestado que es grave.

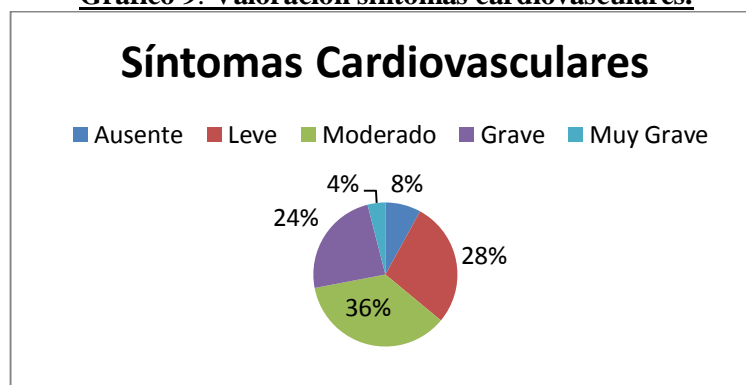
Lo que indica que del 100% de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar el 60% presenta síntomas somáticos generales, es decir que si se existe presencia de dolor físico a causa del daño psicológico.

9. Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).

Tabla 9. Valoración síntomas cardiovasculares.

Ausente	2
Leve	7
Moderado	9
Grave	6
Muy Grave	1
Total	25

Grafico 9. Valoración síntomas cardiovasculares.



Interpretación.-

El test de Hamilton de ansiedad que se aplicó a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en la pregunta sobre si han presentado síntomas cardiovasculares una usuaria con el 4% corresponde a muy grave, 2 usuarias con 8% indica que es ausente, el 24% con 6 usuarias indican que es grave, 7 usuarias con el 28% manifiestan que es leve y finalmente con 36% con 9 usuarias han contestado que es moderado.

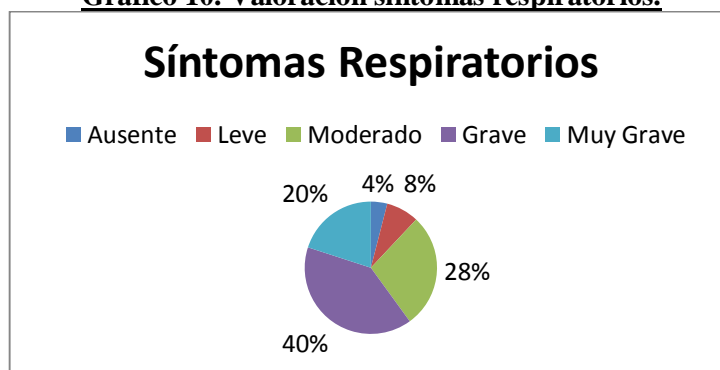
Lo que nos indica que los síntomas cardiovasculares no son muy relevantes en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

10. Síntomas respiratorios: Opresión pre torácica. Contricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).

Tabla 10. Valoración síntomas respiratorios.

Ausente	1
Leve	2
Moderado	7
Grave	10
Muy Grave	5
Total	25

Grafico 10. Valoración síntomas respiratorios.



Interpretación.-

El test de Hamilton de ansiedad que se aplicó a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en la pregunta sobre si han presentado síntomas respiratorios una usuaria con el 4% corresponde a muy grave, 2 usuarias con 8% indica que es leve, el 20% con 5 usuarias indican que es muy grave, 7 usuarias con el 28% manifiestan que es moderado y finalmente con 40% con 10 usuarias han contestado que es grave.

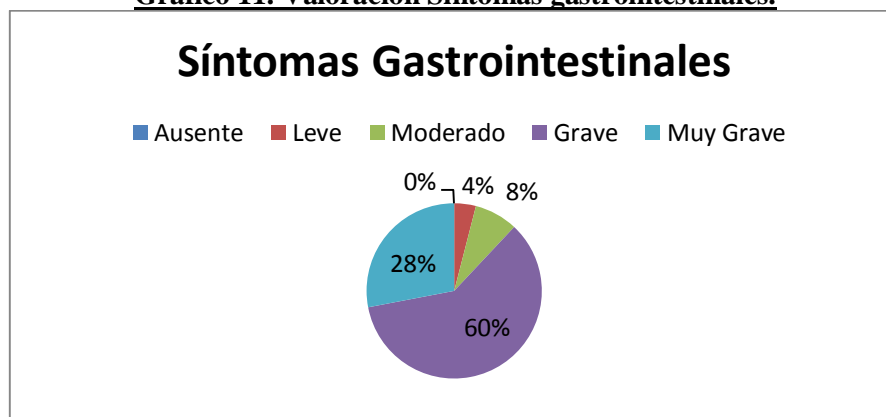
Lo que nos indica que los síntomas respiratorios son relevantes en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

11. Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos. Cólicos abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.

Tabla 11. Valoración Síntomas gastrointestinales.

Ausente	0
Leve	1
Moderado	2
Grave	15
Muy Grave	7
Total	25

Grafico 11. Valoración Síntomas gastrointestinales.



Interpretación.-

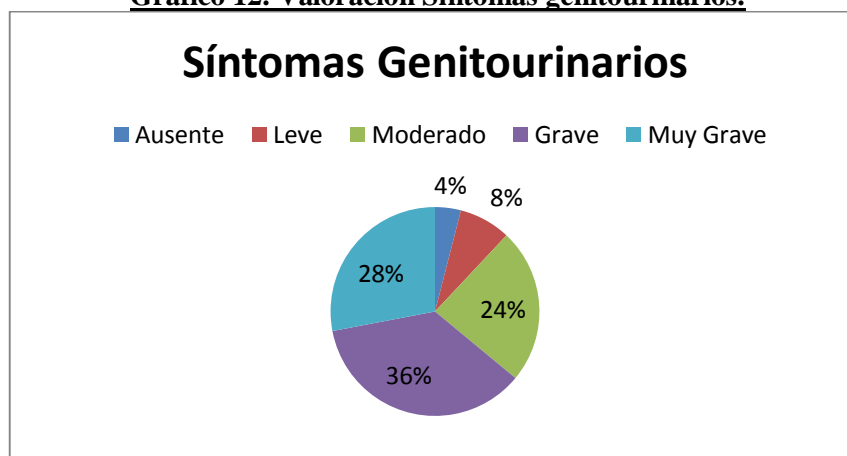
El test de Hamilton de ansiedad que se aplicó a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en la pregunta sobre si han presentado síntomas gastrointestinales con el 0% corresponde ausente, 1 usuaria con el 4% indica que es leve, el 8% con 2 usuarias indican que es moderado, 7 usuarias con el 28% manifiestan que es muy grave y finalmente con 60% con 15 usuarias han contestado que es grave. Lo que nos indica que los síntomas gastrointestinales son muy relevantes en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

12. Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia.

Tabla 12. Valoración Síntomas genitourinarios.

Ausente	1
Leve	2
Moderado	6
Grave	9
Muy Grave	7
Total	25

Grafico 12. Valoración Síntomas genitourinarios.



Interpretación.-

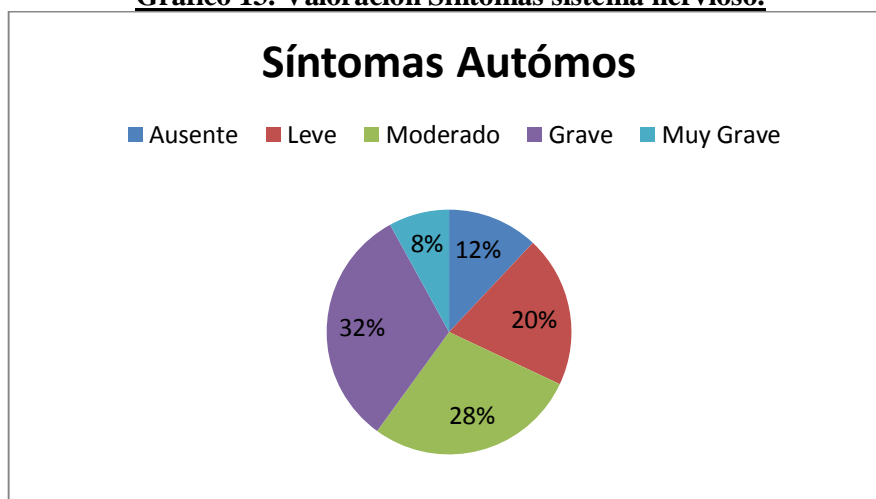
El test de Hamilton de ansiedad que se aplicó a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en la pregunta sobre si han presentado síntomas genitourinarios con el 4% con una sola usuaria indica que es ausente, 2 usuarias con el 8% indica que es leve, el 24% con 6 usuarias indican que es moderado, 7 usuarias con el 28% manifiestan que es muy grave y finalmente con 36% con 9 usuarias han contestado que es grave. Lo que nos indica que los síntomas genitourinarios son relevantes en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar

13. Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.

Tabla 13. Valoración Síntomas sistema nervioso.

Ausente	3
Leve	5
Moderado	7
Grave	8
Muy Grave	2
Total	25

Grafico 13. Valoración Síntomas sistema nervioso.



Interpretación.-

El test de Hamilton de ansiedad que se aplicó a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en la pregunta sobre si han presentado síntomas autónomos con el 8 % con 2 usuarias corresponde muy grave, 3 usuarias con el 12% indica que es ausente, el 20% con 5 usuarias indican que es leve, 7 usuarias con el 28% manifiestan que es moderado y finalmente con 32% con 8 usuarias han contestado que es grave. Lo que nos indica que los síntomas autónomos son muy relevantes en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

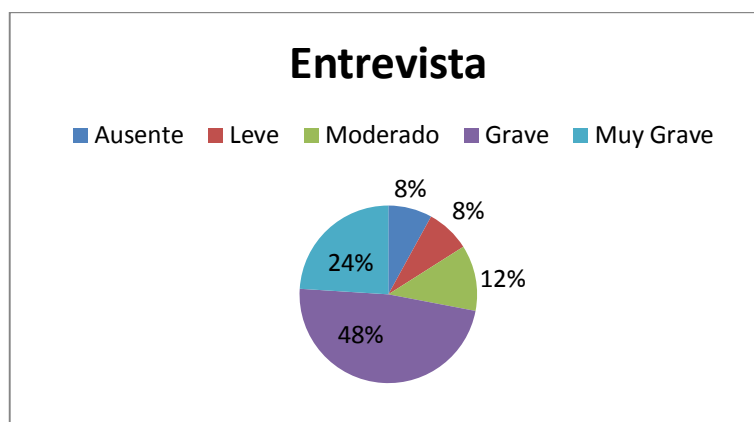
14. Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestaño.

Tabla 14. Valoración Conducta en el transcurso del test.

Ausente	2
Leve	2
Moderado	3
Grave	12
Muy Grave	6
Total	25

Fuente: Trabajo de investigación: “Síntomas Psicosomáticos que presenta mujeres a consecuencia de VIF”, realizado en el CAI “Tres Manuelas” 2012. **Responsable:** David Aguirre

Grafico 14. Valoración Conducta en el transcurso del test.



Fuente: Trabajo de investigación: “Síntomas Psicosomáticos que presenta mujeres a consecuencia de VIF”, realizado en el CAI “Tres Manuelas” 2012. **Responsable:** David Aguirre

Interpretación.-

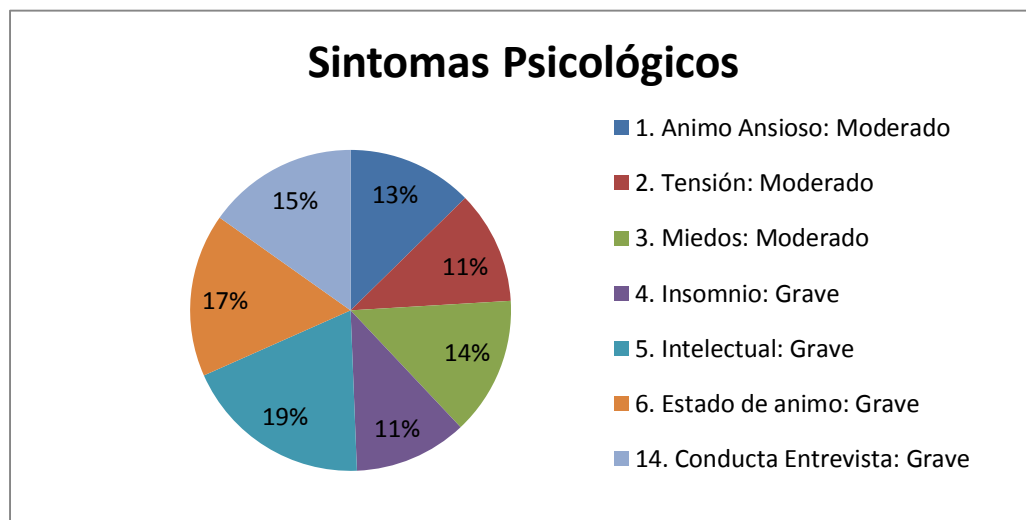
En la entrevista que se realizó a las 25 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en donde se evaluó la conducta en el transcurso del test en donde el 8% con dos usuarias respectivamente se observó que conducta fue ausente y leve seguido por moderado con 3 usuarias equivalente al 12% seguido por 24% con 6 usuarias muy grave y finalmente con el 48% con 12 usuarias grave.

Tabla 15. Síntomas ansiosos Psicológicos

Ítems HAMILTON	
1. Animo Ansioso: Moderado	10
2. Tensión: Moderado	9
3. Miedos: Moderado	11
4. Insomnio: Grave	9
5. Intelectual: Grave	15
6. Estado de ánimo: Grave	13
14. Conducta Entrevista: Grave	12

Fuente: Trabajo de investigación: “Síntomas Psicossomáticos que presenta mujeres a consecuencia de VIF”, realizado en el CAI “Tres Manueles” 2012. **Responsable:** David Aguirre

Grafico 15. Síntomas ansiosos Psicológicos.



Fuente: Trabajo de investigación: “Síntomas Psicossomáticos que presenta mujeres a consecuencia de VIF”, realizado en el CAI “Tres Manueles” 2012. **Responsable:** David Aguirre

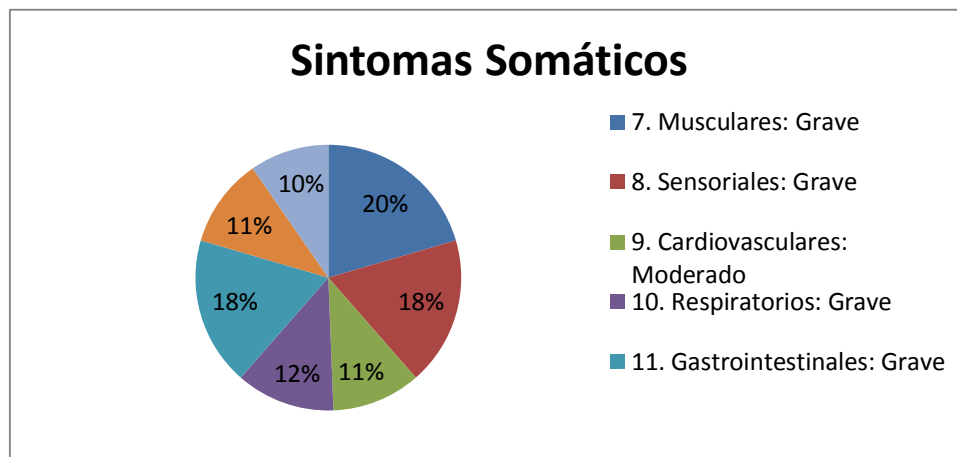
INTERPRETACION: Se realizó el Test de Hamilton a 25 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar; Sobre los síntomas psicológicos en donde el 11% con 9 usuarias respectivamente indican que tensión moderado e insomnio grave, el 13% con 10 usuarias corresponde ánimo ansioso moderado, 11 usuarias con el 14% indican miedos moderados, 12 usuarias con 15% responden que presentan algún tipo de conducta grave en la entrevista, 13 usuarias con el 17% corresponde al estado de ánimo grave y finalmente con el 19% con 15 usuarias presentan el estado intelectual grave. Lo que no se evidencia de 25 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que equivale al 100% el 19% con 13 usuarias presentan dificultad en el área intelectual siendo esta el área que más afecta a las mujeres víctimas de violencia, basándonos en el Test de Hamilton.

Tabla 16. Síntomas ansiosos somáticos

Ítems HAMILTON	
7. Musculares: Grave	17
8. Sensoriales: Grave	15
9. Cardiovasculares: Moderado	9
10. Respiratorios: Grave	10
11. Gastrointestinales: Grave	15
12. Genitourinarios: Grave	9
13. Autónomos: Grave	8

Fuente: Trabajo de investigación: “Síntomas Psicósomáticos que presenta mujeres a consecuencia de VIF”, realizado en el CAI “Tres Manueles” 2012. **Responsable:** David Aguirre.

Grafico 16. Síntomas ansiosos somáticos



Fuente: Trabajo de investigación: “Síntomas Psicósomáticos que presenta mujeres a consecuencia de VIF”, realizado en el CAI “Tres Manueles” 2012. **Responsable:** David Aguirre.

INTERPRETACION: Se realizó el Test de Hamilton a 25 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar; Sobre los síntomas somáticos en donde el 10% con 8 usuarias respectivamente indican que presentan síntomas autónomos, el 11% con 9 usuarias presentan problemas cardiovasculares moderado y problemas genitourinarios grave cada uno respectivamente, 10 usuarias con el 12% indican dificultad respiratoria, 15 usuarias con 18% responden que presentan problemas sensoriales graves y gastrointestinales cada uno respectivamente, y finalmente con el 20% con 17 usuarias presentan dificultad muscular grave. Lo que no se evidencia de 25 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que equivale al 100% el 20% con 17 usuarias presentan dificultad muscular grave siendo estos los síntomas somáticos que más afecta a las mujeres víctimas de violencia, basándonos en el Test de Hamilton.

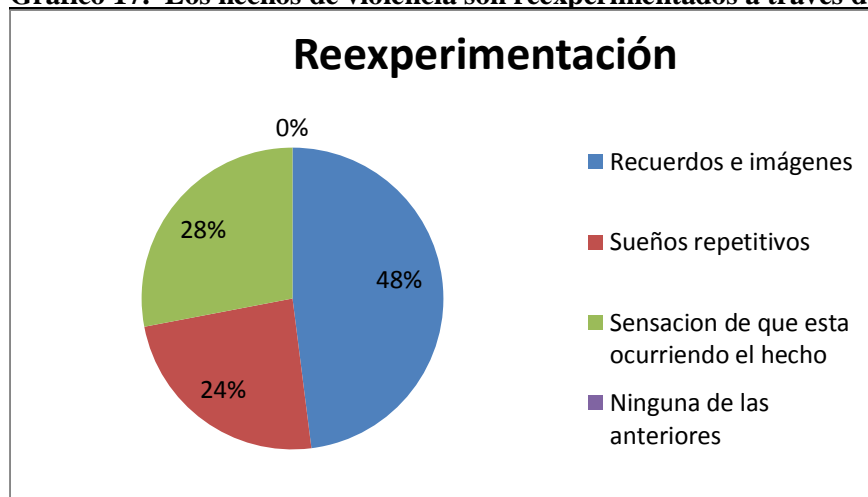
Entrevista semi-estructurada: Para identificar más síntomas físicos y psicológicos, se realizó las siguientes preguntas:

Tabla 17. Los hechos de violencia son reexperimentados a través de

Recuerdos e imágenes	12
Sueños repetitivos	6
Sensación de que está ocurriendo el hecho	7
Ninguna de las anteriores	0
Total	25

Fuente: Trabajo de investigación: “Síntomas Psicossomáticos que presenta mujeres a consecuencia de VIF”, realizado en el CAI “Tres Manueles” 2012. **Responsable:** David Aguirre

Grafico 17. Los hechos de violencia son reexperimentados a través de



Fuente: Trabajo de investigación: “Síntomas Psicossomáticos que presenta mujeres a consecuencia de VIF”, realizado en el CAI “Tres Manueles” 2012. **Responsable:** David Aguirre

Interpretación.-

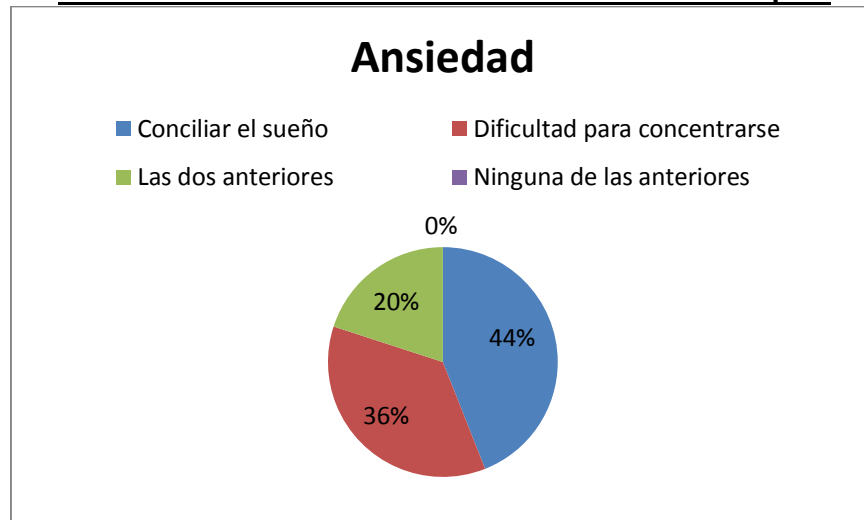
Se realizó la entrevista semi-estructurada a 25 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, para identificar más síntomas físicos y psicológicos, en donde 6 usuarias indican que han tenido sueños repetitivos con un equivalente de 24%, 7 usuarias con el 28% indica que han experimentado la sensación de que está ocurriendo el hecho seguido por recuerdos e imágenes con 12 usuarias con el equivalente del 48% y finalmente con el 0% con la respuesta ninguna de las anteriores. Lo que nos indican la mayoría de las mujeres maltratadas lo experimentan a través de imágenes o recuerdos.

Tabla 18. En estos últimos 7 meses ha tenido dificultad para

Conciliar el sueño	11
Dificultad para concentrarse	9
Las dos anteriores	5
Ninguna de las anteriores	0
Total	25

Fuente: Trabajo de investigación: “Síntomas Psicosomáticos que presenta mujeres a consecuencia de VIF”, realizado en el CAI “Tres Manueles” 2012. **Responsable:** David Aguirre

Grafico 18. En estos últimos 7 meses ha tenido dificultad para



Fuente: Trabajo de investigación: “Síntomas Psicosomáticos que presenta mujeres a consecuencia de VIF”, realizado en el CAI “Tres Manueles” 2012. **Responsable:** David Aguirre

Interpretación.-

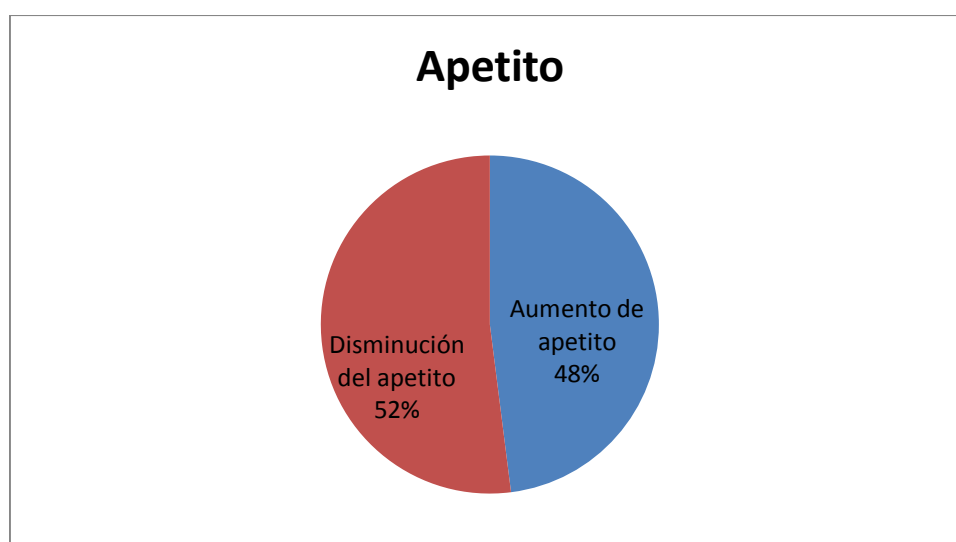
Se realizó la entrevista semi-estructurada a 25 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en donde se les pregunto. ¿En estos últimos 7 meses ha tenido dificultad para? En donde 9 usuarias indican que han tenido dificultad para concentrarse con un equivalente al 36%, seguido con 11 usuarias tienen dificultad para conciliar el sueño con el 44%, el 20% con 5 usuarias indican que han experimentado las dos opciones anteriores y finalmente con el 0% ninguna de las anteriores lo que indican que la Dificultad para conciliar el sueño se presenta en la mayoría de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

Tabla 19. Durante los últimos meses ha experimentado la sensación de

Aumento de apetito excesivo	12
Disminución del apetito	13
Total	25

Fuente: Trabajo de investigación: “Síntomas Psicosomáticos que presenta mujeres a consecuencia de VIF”, realizado en el CAI “Tres Manueles” 2012. **Responsable:** David Aguirre

Grafico 19. Durante los últimos meses a experimentado la sensación de



Fuente: Trabajo de investigación: “Síntomas Psicosomáticos que presenta mujeres a consecuencia de VIF”, realizado en el CAI “Tres Manueles” 2012. **Responsable:** David Aguirre

Interpretación.-

Se realizó la entrevista semi-estructurada a 25 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en donde se les pregunto. ¿Durante los últimos meses ha experimentado la sensación de? Que si ha aumento su apetito excesivamente 12 usuarias con el 48% afirman la respuesta y finalmente con el 52%, 13 usuarias indican que el apetito se ha disminuido.

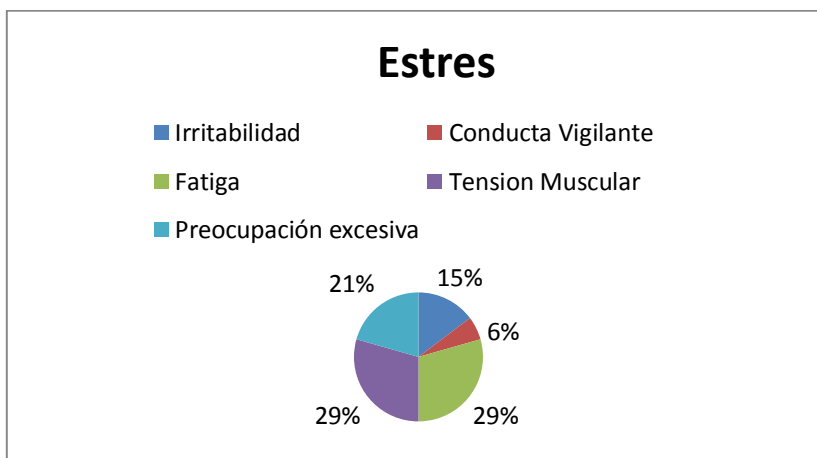
Lo que nos indican que afecta en la alimentación el ser víctima de violencia intrafamiliar

Tabla 20. Usted Presenta

Irritabilidad	5
Conducta Vigilante	2
Fatiga	10
Tensión Muscular	10
Preocupación excesiva	7
Total	34

Fuente: Trabajo de investigación: “Síntomas Psicosomáticos que presenta mujeres a consecuencia de VIF”, realizado en el CAI “Tres Manueles” 2012. **Responsable:** David Aguirre

Grafico 20. Usted Presenta



Fuente: Trabajo de investigación: “Síntomas Psicosomáticos que presenta mujeres a consecuencia de VIF”, realizado en el CAI “Tres Manueles” 2012. **Responsable:** David Aguirre

Interpretación.-

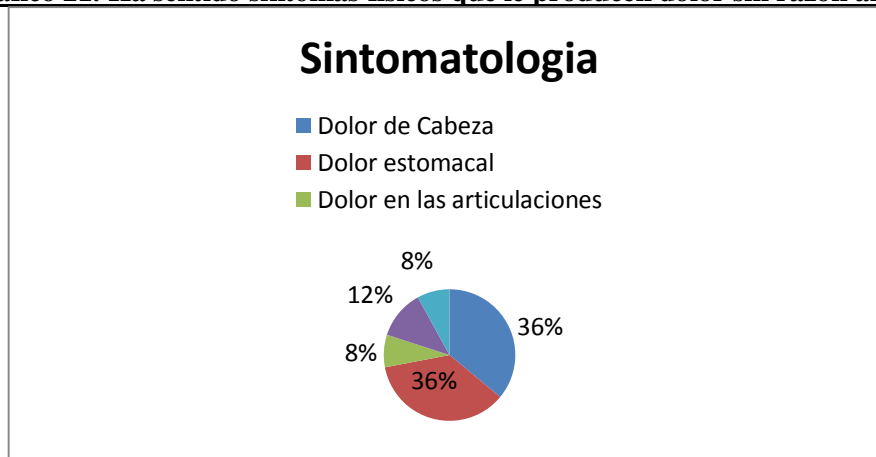
Se realizó la entrevista semi-estructurada a 25 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en donde se les realizó preguntas para evaluar el nivel de estrés que presentan en donde 2 usuarias indican que presentan una conducta vigilante con el 6%, 5 usuarias manifiestan que presentan irritabilidad con el 15% seguido de 10 usuarias que indican que tienen preocupación excesiva con el 21% y finalmente con 10 usuarias y con el 29% manifiestan que sienten fatiga y tensión muscular respectivamente. Lo que nos indica que la fatiga y tensión muscular son los porcentajes que más sobresalen en el estrés en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

Tabla 21. Ha sentido síntomas físicos que le producen dolor sin razón alguna

Dolor de Cabeza	9
Dolor estomacal	9
Dolor en las articulaciones	2
Dolor en el pecho	3
Dolor de garganta	2
Total	25

Fuente: Trabajo de investigación: “Síntomas Psicosomáticos que presenta mujeres a consecuencia de VIF”, realizado en el CAI “Tres Manueles” 2012. **Responsable:** David Aguirre

Grafico 21. Ha sentido síntomas físicos que le producen dolor sin razón alguna



Fuente: Trabajo de investigación: “Síntomas Psicosomáticos que presenta mujeres a consecuencia de VIF”, realizado en el CAI “Tres Manueles” 2012. **Responsable:** David Aguirre

Interpretación.-

Se realizó la entrevista semi-estructurada a 25 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en donde se les realizó preguntas para evaluar los síntomas físicos que le producen sin razón alguna en donde 2 usuarias con el 8% respectivamente indican que presentan dolor en las articulaciones y dolor en la garganta, 3 usuarias indican que presentan dolor en el pecho con el 12% y finalmente con el 36% 9 usuarias respectivamente indican dolor de cabeza y dolor estomacal.

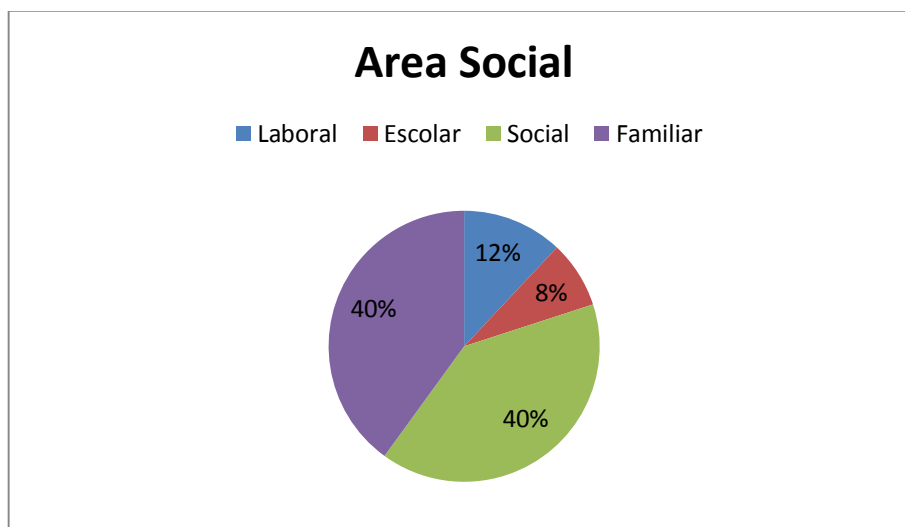
Lo que nos indica que el dolor de cabeza y dolor estomacal son síntomas que más se manifiestan en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

Tabla 22. Ha sentido dificultades para desempeñar sus actividades diarias en el ámbito.

Laboral	3
Escolar	2
Social	10
Familiar	10
Total	25

Fuente: Trabajo de investigación: “Síntomas Psicosomáticos que presenta mujeres a consecuencia de VIF”, realizado en el CAI “Tres Manueles” 2012. **Responsable:** David Aguirre

Grafico 22. Ha sentido dificultades para desempeñar sus actividades diarias en el ámbito



Fuente: Trabajo de investigación: “Síntomas Psicosomáticos que presenta mujeres a consecuencia de VIF”, realizado en el CAI “Tres Manueles” 2012. **Responsable:** David Aguirre

Interpretación

Se realizó la entrevista semi-estructurada a 25 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en donde se les realizó preguntas para evaluar el área social si han presentado dificultades para desempeñar sus actividades diarias, en donde 2 usuarias indican que han tenido problemas en el ámbito escolar con el 8%, 3 usuarias con el 12% en lo laboral y con el 40% con 10 usuarias respectivamente indican que presentan conflicto en el área social y familiar. Lo que nos indican que los agresores impiden que se comuniquen con su familia y que no tengan amistades que no se compartan con la pareja.

Análisis de los Resultados

Demostración de hipótesis

La comprobación de hipótesis se la realizó mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson (“r”), es una prueba estadística paramétrica que se utiliza para medir la magnitud paramétrica de dos variables, en donde el valor de “r” debe estar en el intervalo y de -1 y 1.

Desarrollo:

1. Planteamiento de hipótesis

Hi: Los síntomas psicossomáticos se presentan siempre en una mujer víctima de VIF.

Ho: Los síntomas psicossomáticos no se presentan siempre en una mujer víctima de VIF.

2. Nivel de error permisible

$$\alpha = 0,05$$

3. Criterio de aceptación o rechazo de la hipótesis nula

Se acepta la hipótesis de investigación (Hi) si el valor de “r” es diferente de 0 (cero) y se encuentra entre los rangos de -1 y 1.

4. Cálculos Aplicando el Coeficiente de Correlación de Pearson se obtuvo lo siguiente:

HAMILTON Psicológicos (x)	
1. Animo Ansioso	10
2. Tensión	9
3. Miedos	11
4. Insomnio	9
5. Intelectual	15
6. Estado de ánimo	13
14. Conducta Entrevista	12

HAMILTON somáticos (Y)	
7. Musculares	17
8. Sensoriales	15
9. Cardiovasculares	9
10. Respiratorios	10
11. Gastrointestinales	15
12. Genitourinarios	9
13. Autónomos	8

Fuente: Trabajo de Investigación “Síntomas Psicossomáticos que presenta mujeres a consecuencia de VIF” realizado en el Centro de Apoyo Integral “Tres Manueles”. 2012. **Responsable:** David Aguirre.

Coeficiente de correlación de Pearson

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{N \sum X^2 (\sum X)^2} \sqrt{N \sum Y^2 (\sum Y)^2}}$$

Tabla 1. Cálculos de Correlación de Pearson

Psicológicos(X)	Somáticos(Y)	X.X	X.Y	Y.Y
10	17	1,66	6,43	26,42
9	15	5,24	5,43	9,86
11	9	0,08	3,15	8,18
9	10	5,24	4,15	3,46
15	15	13,76	6,85	9,86
13	9	2,92	4,57	8,18
12	8	0,05	4,57	14,9
79	83	29	35,15	81

$$r_{xy} = \frac{35,15}{\sqrt{(29) (81)}}$$

$$r_{xy} = \frac{35,15}{48,47}$$

$$r_{xy} = 0,73$$

Decisión final

Como $r_c = 0,73$ es diferente de 0 y se encuentra entre -1 y 1 su nivel de correlación es positiva fuerte por lo que queda comprobada la hipótesis de investigación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Después de la finalización de este trabajo se llegó a concluir que:

- Las mujeres que son víctimas de violencia intrafamiliar, no existe ningún tipo de parámetro en el que se considere la edad, estado civil, nivel de instrucción.
- Después de varios años de agresiones psicológicas, físicas e incluso sexuales se deciden buscar ayuda para retomar sus derechos y su liberación.
- El Centro de Apoyo Integral “Tres Manuelas” es el primer centro a nivel nacional donde mujeres, niños e incluso agresores pueden recibir atención interdisciplinaria generando un cambio en estas familias afectadas.
- Durante el transcurso del ciclo de violencia, las dificultades van más allá de los insultos y golpes, ya que se pudo comprobar que como el ser humano es un ser integral se afecta interna y exteriormente afectando la salud de quien es víctima de violencia.
- Los síntomas psicossomáticos afectan y disminuyen las capacidades de afrontamiento, por lo que se torna más difícil encontrar soluciones en la lucha de sobreponerse ante la violencia.
- La dependencia emocional hacia el agresor se fortalece más, cuando la mujer deja pasar tiempo, esperando un cambio positivo de su pareja y aún más si promete cambios.

Recomendaciones

Para finalizar este trabajo de investigación, cabe hacer las siguientes recomendaciones:

- Realizar campañas masivas para generar conciencia acerca de los efectos negativos de la violencia en el núcleo familiar e incentivar el buen trato como regla fundamental.
- Generar espacios de debate con la comunidad en las que puedan exponer sus ideas y sus necesidades y poder revertir las creencias sociales mal infundadas en hombres y mujeres.
- Organizar grupos de auto ayuda en lugares estratégicos donde las mujeres puedan acudir en busca de ayuda como primer centro de acogida, para que el apoyo sea más efectivo a la hora de revertir los efectos dañinos de la violencia.
- De la misma forma, crear grupos de apoyo para hombres que acudan voluntariamente y se consideren como agresores, y puedan recibir apoyo psicológico.
- Promover en escuelas y colegios charlas y foros preventivos de violencia para evitar que en un futuro existan hombres y mujeres víctimas o victimarios.
- Realizar seguimiento y fortalecimiento de todos los casos expuestos y que el Centro de Apoyo Integral Tres Manuelas sea el principal medio de payo.

C. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Tangibles

- ✓ Ley Contra la Violencia a la Mujer y a la Familia. Título Preliminar. Art. 4.
- ✓ BELLAK, Leopold. MANUAL DE PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA. Ed. El manual, S.A. DE C.V. México, D.F.
- ✓ UNIFEM, ¿QUIÉN RESPONDE A LAS MUJERES?, Género y Rendición de Cuentas 2008/2009.
- ✓ Derechos Humanos, Género y Desarrollo Local –Proyecto Familia y Derechos Humanos. Quito 2001.
- ✓ Azaola Elena (2002). Violencia intrafamiliar y maltrato infantil, Cuadernos para la Educación, 1a. Reimpresión México: Editorial Milenio, p. 20-30.
- ✓ Batres Gioconda y Cecilia Claramunt (1993). La Violencia Contra la Mujer en La Familia Costarricense. Primera Edición. San José - Costa Rica: Editorial Mundo Gráfico, 93 p.
- ✓ García, Ana Isabel (2000). Sistemas públicos contra la violencia doméstica en América Latina. Primera Edición. San José- Costa Rica: Editorial Fundación Género y Sociedad, p. 125-130.
- ✓ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida*. Primera edición, Ecuador, 2009.
- ✓ PICERNO, Pablo Dr. LAS CIENCIAS PSICOLOGICAS Y LA INVESTIGACION CIENTIFICA. Ed. Facultad de Comunicación Social 2005 Quito- Ecuador.
- ✓ Dutton, DG, Pintor, SL (1981). Unión Traumática: el desarrollo de los lazos emocionales en mujeres maltratadas y otras relaciones de abuso intermitente. *Victimología: Diario*, 6: 139-155.
- ✓ DSM-IV, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (1997) APA. Barcelona. Masson.

Virtuales

- ✓ [URL:file:///C:/LEONARDO/PNUD%20Contra%20Violencia%20Leyes,%20Ecuador.htm](file:///C:/LEONARDO/PNUD%20Contra%20Violencia%20Leyes,%20Ecuador.htm)

ANEXOS

Anexo A. Proyecto de Investigación Aprobado

1. TÍTULO

Síntomas Psicosomáticos que presentan las mujeres a consecuencia de Violencia Intrafamiliar (VIF).

2. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Violencia Intrafamiliar tiene lugar dentro de la familia, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio, y que comprende, entre otros, violación, maltrato físico, psicológico y abuso sexual. El hecho de que las mujeres a menudo tengan vínculos afectivos con el hombre que las maltrata y dependan económicamente de él, ejerce gran influencia sobre la dinámica del maltrato.

En el Ecuador pese a la lucha contra la violencia, sigue existiendo índices altos ya que 6 de cada 10 mujeres son maltratadas física, psicológica y/o sexualmente. La violencia es un círculo vicioso pues las mayor parte de mujeres que son víctimas de maltrato por parte de sus parejas se convierte en victimarios con sus hijos son muy comunes frases como "Es por tu bien", "debes hacer lo que yo digo", "yo mando aquí", detrás de cada una de estas frases se evidencia el poder que ejercen los maltratadores sobre sus víctimas y que a la larga se constituye en un factor desencadenante de la violencia. Las mujeres se acostumbran a que no se tengan en cuenta sus opiniones, que las decisiones importantes las tome el hombre, a ser humillada mediante bromas descalificadoras, etc., pasando todas estas experiencias a formar parte de una especie de telón de fondo cotidiano que tiene el efecto anestesiante ante la violencia.

El PTD (Post-Traumatic Disorder) consiste en una serie de trastornos emocionales, que no necesariamente aparecen temporalmente asociados con la situación que los originó, pero que constituyen una secuela de situaciones traumáticas vividas, tales como haber estado sometida a situaciones de maltrato físico o psicológico. Algunos de sus síntomas son los siguientes:

Frecuentes pesadillas

Dificultad para concentrarse social y laboralmente

Trastornos del sueño (el más frecuente es el insomnio)

Trastornos mnésicos

Trastornos en la capacidad de atención y concentración

Depresión

Sentimientos de culpa

Miedos diversos

Dificultades en el aprendizaje

Recientemente, Carlos Sluzki ha señalado seis niveles en los que pueden ubicarse los efectos de la violencia, de acuerdo a la combinación de dos variables que hace interactuar: el nivel percibido de amenaza para la persona y el grado de habitualidad de la conducta violenta:

a. Disonancia cognitiva: cuando se produce una situación de violencia de baja intensidad en un contexto o en un momento inesperado. La reacción es de sorpresa, de imposibilidad de integrar el nuevo dato a la experiencia propia (Un ejemplo de esto es cuando las mujeres maltratadas relatan el primer episodio durante la luna de miel).

b. Ataque o fuga: cuando se produce una situación de violencia de alta intensidad de un modo abrupto e inesperado. En estos casos, se desencadena una reacción psicofisiológica de alerta, pudiendo reaccionar con una posición defensiva u ofensiva, escapándose del lugar o enfrentando la amenaza. Es el caso de las mujeres que atraviesan los ciclos inicial es de la violencia y se ven sorprendidas por una conducta violenta desproporcionada para la situación.

En este ciclo inicial es, todavía la sorpresa obra a modo de disparador de conductas de ataque o fuga.

c. Inundación- Parálisis: cuando se produce una situación de violencia extrema, que implica un alto riesgo percibido para la integridad o la vida. La reacción puede incluir alteraciones del estado de conciencia, desorientación, etc., y ser el antecedente para la posterior aparición del Síndrome de Stress Postraumático, ya descrito. Muchas mujeres relatan esta experiencia de paralización frente a situaciones tales como amenazas con armas, intentos de estrangulamiento o violación marital.

d. Socialización cotidiana: cuando las situaciones de maltrato de baja intensidad se transforman en habituales, se produce el fenómeno de la naturalización.

Las mujeres se acostumbran a que no se tengan en cuenta sus opiniones, que las decisiones importantes las tome el hombre, a ser humillada mediante bromas descalificadoras, etc., pasando todas estas

experiencias a formar parte de una especie de telón de fondo cotidiano que tiene el efecto anestésico ante la violencia.

e. Lavado de cerebro: Cuando las amenazas, coerciones y mensajes humillantes son intensos y persistentes, a menudo la víctima incorpora esos mismos argumentos y sistemas de creencias, como un modo defensivo frente a la amenaza potencial que implicaría diferenciarse (ella cree que la obediencia automática la salvará del sufrimiento). La mujer, llegado a este punto, puede repetir ante quien intenta ayudarla, que ella tiene toda la culpa, que se merece el trato que recibe, etc.

f. Embotamiento- Sumisión: Cuando las experiencias aterradoras son extremas y reiteradas, el efecto es el "entumecimiento psíquico", en el que las víctimas se desconectan de sus propios sentimientos y se vuelven sumisas al extremo. En estos casos, la justificación de la conducta del agresor y la autoinmolación alcanzan niveles máximos.

En todos los casos, estos efectos de la violencia sobre la mujer están acompañados por una sintomatología física que suele ser ubicada por los profesionales en el difuso campo de lo psicosomático. Cefaleas, dolores de espalda, trastornos gastrointestinales, disfunciones respiratorias, palpitaciones, hiperventilación, son algunos de los síntomas más frecuentes, acompañando a cuadros psíquicos tales como estados de ansiedad, fobias, agotamiento, adinamia, abulia, depresión, etc.

El modelo profesional predominante trata de buscar la causa de los síntomas dentro de sus propios esquemas explicativos y se muestra renuente a considerar la experiencia de victimización como posible motivo de los mismos. Esta conducta de los profesionales tiende a potenciar la actitud ocultadora de la mujer (apoyada en los sentimientos de vergüenza y culpa ya apuntados), y el fenómeno de la violencia hacia la mujer queda sin diagnosticar. Por lo tanto, se le suelen indicar tratamientos sintomáticos, que no consideran las verdaderas raíces del problema. Esta actitud profesional ha sido definida como segunda victimización, ya que contribuye a legitimar la violencia ejercida contra la mujer y busca en la propia víctima los motivos o las causas de las secuelas de la victimización.

3. DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

3.1 Formulación del problema

Mediante la siguiente investigación se busca identificar cuáles son los síntomas psicosomáticos que presentan las mujeres producto de la violencia que reciben por parte de su pareja.

3.2. PREGUNTAS:

- ¿Qué síntomas psicosomáticos son los más frecuentes en las mujeres que reciben Violencia Intrafamiliar?
- ¿Los síntomas psicosomáticos se dan antes, durante o después de la agresión recibida?
- ¿Las mujeres son conscientes, que los síntomas psicosomáticos que presentan son producto de la VIF, o lo adjudican a una enfermedad médica?

3.3. OBJETIVOS

3.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Lograr identificar, qué tipo de síntomas psicosomáticos son los más frecuentes en mujeres de entre 18 a 40 años producto de VIF recibida.

3.3.2. Objetivos Específicos

- Especificar los síntomas psicosomáticos de acuerdo a su intensidad.
- Identificar como influye los síntomas psicosomáticos en el desenvolvimiento laboral, familiar y social de la mujer maltratada.
- Establecer si las mujeres víctimas de VIF, logran diferenciar los síntomas psicosomáticos, de los síntomas de una enfermedad médica.

3.4. DELIMITACIÓN ESPACIO TEMPORAL

La investigación se la realizara en el Centro de Apoyo Integral “Tres Manuelas”, con las usuarias que asistan solicitando atención psicológica, esto se llevara a cabo desde el 17 de Octubre del 2011 al 17 Octubre del 2012.

4. MARCO TEORICO

En nuestro País el incremento de la violencia intrafamiliar, en estos últimos diez años es considerable por este motivo se ha convertido en un problema que afecta no solo a nuestra sociedad sino también al mundo entero, en la que los miembros de la familia se ven afectados, causando dificultades en el vínculo y los lazos afectivos.

La violencia intrafamiliar generalmente se lo enfoca al maltrato de la mujer, por ser ellas quienes más casos reales presentan, pero también el maltrato psicológico y físico va dirigido al niño, adolescente y en algunas ocasiones al hombre.

4.1 *Posicionamiento Teórico*

Se basara en la Corriente Cognitivo Conductual y también tomando en cuenta la psicoterapia breve intensiva y de urgencias de BELLAK debido a que es el modelo a seguir del centro donde se desarrollara la investigación.

PLAN ANALITICO

4.2 *SUMARIO:*

1. CAPITULO I:

1.1. Violencia

1.2. Tipos de violencia

1.3. Formas de Violencia Intrafamiliar

2. CAPITULO II:

2.1. LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

2.2. Factores de la Violencia Intrafamiliar

2.3. Indicadores de Violencia Intrafamiliar

2.4. Características del agresor y la agredida

2.5. Teoría sobre la Violencia Intrafamiliar (ciclo de la violencia)

3. CAPITULO III:

3.1. EFECTOS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

3.2. Perfil de la Mujer Maltratada

- 3.3. Efectos psicológicos de la violencia intrafamiliar
- 3.4. Síntomas Psicosomáticos causados por VIF
- 3.5. Dimensión Cognitiva y Comportamental de la mujer frente a la violencia intrafamiliar
- 3.6. Trastorno estrés postraumático en mujeres violentadas

4. CAPITULO IV:

4.1. CENTRO DE APOYO INTEGRAL “TRES MANUELAS” Y LEY 103 CONTRA LA VIOLENCIA A LA MUJER Y LA FAMILIA

- 4.2. Servicios que presta
- 4.3. Estructura orgánica del CAI “Tres Manuelas”
- 4.4. La cobertura aproximada
- 4.5. Artículos contenidos en la Ley 103

5. CAPITULO V:

MARCO INVESTIGATIVO

6. CAPITULO VI

HIPÓTESIS

7. CAPITULO VII

ANALISIS Y CONCLUSIONES

8. CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

4.3 REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

TANGIBLES

- ✓ Ley Contra la Violencia a la Mujer y a la Familia. Título Preliminar. Art. 4.
- ✓ BELLAK, Leopold. MANUAL DE PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA. Ed. El manual, S.A. DE c.v. México, D.F.
- ✓ UNIFEM, ¿QUIÉN RESPONDE A LAS MUJERES?, Género y Rendición de Cuentas 2008/2009.
- ✓ Derechos Humanos, Género y Desarrollo Local –Proyecto Familia y Derechos Humanos. Quito 2001.

- ✓ **Azaola** Elena (2002).Violencia intrafamiliar y maltrato infantil, Cuadernos para la Educación, 1a. Reimpresión México: Editorial Milenio, p. 20-30.
- ✓ **Batres** Gioconda y **Cecilia** Claramunt (1993).La Violencia Contra la Mujer en La Familia Costarricense. Primera Edición. San José - Costa Rica: Editorial Mundo Gráfico, 93 p.
- ✓ **García**, Ana Isabel (2000). Sistemas públicos contra la violencia doméstica en América Latina. Primera Edición. San José- Costa Rica: Editorial Fundación Género y Sociedad, p. 125-130.
- ✓ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida*. Primera edición, Ecuador, 2009.
- ✓ **PICERNO**, Pablo Dr. LAS CIENCIAS PSICOLOGICAS Y LA INVESTIGACION CIENTIFICA. Ed. Facultad de Comunicación Social 2005 Quito- Ecuador.
- ✓ **Dutton**, DG, **Pintor**, SL (1981). Unión Traumática: el desarrollo de los lazos emocionales en mujeres maltratadas y otras relaciones de abuso intermitente. *Victimología: Diario*, 6: 139-155.

VIRTUALES

- ✓ URL:file:///C:/LEONARDO/PNUD%20Contra%20Violencia%20Leyes,%20Ecuador.htm

5. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Es una investigación cuantitativa

6. TIPO DE INVESTIGACION

- Correlacional

7. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

7.1. Planteamiento de hipótesis

Hi: Los síntomas psicosomáticos se presentan siempre en una mujer víctima de VIF.

Ho: Los síntomas psicosomáticos no se presentan siempre en una mujer víctima de VIF.

7.2. Identificación de variables

- Variable independiente: Mujeres víctimas de VIF.
- Variable dependiente: Síntomas Psicosomáticos.

7.3. Construcción de indicadores y medidas

Variable independiente	Variable dependiente	Indicador	Instrumento
Mujeres víctimas de VIF	Síntomas Psicosomáticos	Evaluación del instrumento de acuerdo a los síntomas psicosomáticos presentados.	Test de Hamilton de Ansiedad Entrevista

8. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño se basa en la investigación NO EXPERIMENTAL pues se desea comprobar los efectos de una intervención psicológica específica, la que se llevará a cabo una intervención en mujeres víctimas de VIF para analizar los síntomas psicosomáticos, las causas las relaciones las condiciones que provoca la VIF el que nos ayudara a buscar el sentido del porqué ocurre la VIF en Mujeres de 18 a 40 años en las usuarias que acuden al Centro de Apoyo Integral Tres Manueles.

9. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

9.1 POBLACION Y MUESTRA

La población seleccionada para la investigación será tomada del Centro de Apoyo Integral “Tres Manueles”, las mujeres que busquen ayuda psicológica y cumplan con las características de la población y muestra.

9.2. Diseño De La Muestra

- No Probabilístico

9.3. Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra será de 25 mujeres que hayan sido o estén siendo víctimas de violencia psicológica, física y económica. Tomando en cuenta las características propuestas para la muestra.

10. MÉTODOS Y TÉCNICAS

Métodos	Técnicas	Instrumentos
Clínico	Entrevista Estructurada	Historia clínica institucional y Test de Hamilton de ansiedad, versión española, realizada por Carrobbles y Cols (3) en 1986.
	Entrevista	Encuesta estructurada
Estadístico	Tabulación de datos	Resultados del test aplicado y la entrevista.

11. FASES DE LA INVESTIGACION DE CAMPO

- Elaboración del plan de investigación
- Entrega del plan de investigación
- Aprobación del plan de investigación
- Revisión Bibliográfica
- Diseño de la muestra
- Selección del instrumento
- Aplicación del instrumento
- Levantamiento de la información
- Procesamiento de la información
- Redacción del informe final
- Entrega del informe final

12. PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis de resultados se entregará con la finalización de la investigación

13. RESPONSABLES

13.1. Alumno: David Aguirre

13.2. Supervisor de Investigación: Dr. Oscar Carranco

14. RECURSOS

14.1. RECURSOS MATERIALES

- Lápices.
- Una resma de papel bond.

- Reglas
- Marcadores
- Pinturas
- Esferográficos.
- Máskin.
- Grapadora.
- Perforadora.
- Infocus.
- Libros

RECURSOS TECNOLÓGICOS

- Computadora
- Internet
- Flash memory

Recursos financieros

Transporte	200
Materiales de Oficina	400
Impresiones	200
Internet	150
Refrigerio	250
Empastado	60
CDs	20
Hojas de papel Universitario	200
Total	1480

15. CRONOGRAMA DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct
Investigación bibliográfica	X	X	X										
Realización del plan de tesis		X											
Entrega del plan de prácticas			X										
Realización de la investigación			X	X	X								
Aplicación de reactivos					X	X	X						
Marco teórico de la investigación						X	X	X	X				
Elaboración de estadísticas								X	X				
Unión de los datos globales									X	X			
Elaboración del informe final											X	X	
Entrega del informe final													X

16. BIBLIOGRAFIA

TANGIBLES

- ✓ Ley Contra la Violencia a la Mujer y a la Familia. Título Preliminar. Art. 4.
- ✓ BELLAK, Leopold. MANUAL DE PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA. Ed. El manual, S.A. DE c.v. México, D.F.
- ✓ UNIFEM, ¿QUIÉN RESPONDE A LAS MUJERES?, Género y Rendición de Cuentas 2008/2009.
- ✓ Derechos Humanos, Género y Desarrollo Local –Proyecto Familia y Derechos Humanos. Quito 2001.
- ✓ Azaola Elena (2002). Violencia intrafamiliar y maltrato infantil, Cuadernos para la Educación, 1a. Reimpresión México: Editorial Milenio, p. 20-30.
- ✓ Batres Gioconda y Cecilia Claramunt (1993). La Violencia Contra la Mujer en La Familia Costarricense. Primera Edición. San José - Costa Rica: Editorial Mundo Gráfico, 93 p.
- ✓ García, Ana Isabel (2000). Sistemas públicos contra la violencia doméstica en América Latina. Primera Edición. San José- Costa Rica: Editorial Fundación Género y Sociedad, p. 125-130.
- ✓ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Normas y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida*. Primera edición, Ecuador, 2009.
- ✓ PICERNO, Pablo Dr. LAS CIENCIAS PSICOLOGICAS Y LA INVESTIGACION CIENTIFICA. Ed. Facultad de Comunicación Social 2005 Quito- Ecuador.
- ✓ Dutton, DG, Pintor, SL (1981). Unión Traumática: el desarrollo de los lazos emocionales en mujeres maltratadas y otras relaciones de abuso intermitente. *Victimología: Diario*, 6: 139-155.

VIRTUALES

- ✓ URL:file:///C:/LEONARDO/PNUD%20Contra%20Violencia%20Leyes,%20Ecuador.htm

Anexo B. Test de ansiedad de HAMILTON

TEST DE HAMILTON

Instrucciones para la usuaria

Indique la intensidad con que se cumplieron o no durante el último mes los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems que conforman este test. Estos datos serán utilizados únicamente con éste propósito, sin ser facilitados a ninguna otra entidad ni utilizados para el envío de ningún otro tipo de información ajena a lo solicitado.

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía.

Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

Ausente	Leve	Moderado	Grave	muy grave
---------	------	----------	-------	--------------

1. Estado de ánimo ansioso.

Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión
(Anticipación temerosa), irritabilidad

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

2. Tensión.

Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse,
Reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores,
Sensación de inquietud.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

3. Temores.

A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los
Animales grandes, al tráfico, a las multitudes.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

4. *Insomnio.*

Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño
Insatisfactorio y cansancio al despertar.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

5. *Intelectual (cognitivo)*

Dificultad para concentrarse, mala memoria.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

6. *Estado de ánimo deprimido.*

Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones,
Depresión, despertar prematuro, cambios de humor
Durante el día.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

7. *Síntomas somáticos generales (musculares)*

Dolores y molestias musculares, rigidez muscular,
Contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de
Dientes, voz temblorosa.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

8. *Síntomas somáticos generales (sensoriales)*

Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos,
Sensación de debilidad, sensación de hormigueo.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

9. *Síntomas cardiovasculares.*

Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos
Vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

10. *Síntomas respiratorios.*

Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo,
Suspiros, disnea.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

11. Síntomas gastrointestinales.

Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y
Después de comer, sensación de ardor, sensación de
Estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de
Estómago vacío, digestión lenta, borborignos (ruido
Intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

12. Síntomas genitourinarios.

Micción frecuente, micción urgente, amenorrea,
Menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz,
Ausencia de erección, impotencia.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

13. Síntomas autónomos.

Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos,
Cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

14. Comportamiento en la entrevista (general y Fisiológico)

Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos
Cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud;
Pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño
Fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular,
Suspiros, palidez facial.
Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia
Respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas
Enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas,
Exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor,
Tics en los párpados.

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Anexo C. Entrevista semi-estructurada

Seleccione con una **X**.

1.- Los hechos de violencia son reexperimentados a través de:

Recuerdos e imágenes	(...)
Sueños repetitivos	(...)
Sensación de que está ocurriendo el hecho	(...)
Ninguna de las anteriores	(...)

2. En estos últimos 7 meses ha tenido dificultad para:

Conciliar el sueño	(...)
Dificultad para concentrarse	(...)

3. Durante los últimos meses ha experimentado la sensación de:

Aumento de apetito	(...)
Disminución del apetito	(...)

4.- Usted Presenta:

Irritabilidad	(...)
Conducta Vigilante	(...)
Fatiga	(...)
Tensión Muscular	(...)
Preocupación excesiva	(...)

5.- Ha sentido síntomas físicos que le producen dolor sin razón alguna:

Dolor de Cabeza	(...)
Dolor estomacal	(...)
Dolor en las articulaciones	(...)
Dolor en el pecho	(...)
Dolor de garganta	(...)

6. Ha sentido dificultades para desempeñar sus actividades diarias en el ámbito:

Laboral	(...)
Escolar	(...)
Social	(...)
Familiar	(...)

Anexo D. Glosario Técnico

Abuso Sexual: Cualquier clase de contacto sexual existente entre una persona menor de 18 años y un adulto que implique una relación de desigualdad o coerción (bien sea por edad, madurez o poder) ejercida del adulto sobre el niño, que es utilizado como objeto o estímulo sexual.

Abulia: Falta de voluntad o motivación, expresada a menudo como incapacidad para tomar decisiones o fijar objetivos.

Afonía: Incapacidad para producir los sonidos del habla que requieren el uso de la laringe y que no se debe a una lesión del sistema nervioso central.

Agitación psicomotora: Excesiva actividad motora asociada a una sensación de tensión interna. Habitualmente, la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y consta de comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcer las manos, manosear los vestidos e incapacidad para permanecer sentado.

Agresividad: Estado emocional que consiste en sentimientos de odio y deseos de dañar a otra persona, animal u objeto.

Angustia: Un estado de gran activación emocional que contiene un sentimiento de miedo o aprehensión. Clínicamente se define como una reacción de miedo ante un peligro inconcreto y desconocido. Se emplea también como sinónimo de ansiedad o para referirse a la expresión más extrema de ésta.

Ansiedad: Miedo anticipado a padecer un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de temor o de síntomas somáticos de tensión.

Apatía: Impasibilidad del ánimo. Estado en el que el sujeto permanece indiferente, y presenta una incapacidad para reaccionar ante situaciones que deberían suscitar emociones o intereses.

Autoestima. Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter.

Complejo de inferioridad: Complejo por el que un sujeto se siente constantemente inferior a los demás, aunque no exista causa alguna que justifique este sentimiento continuo.

Conducta agresiva. Se produce cuando un organismo ataca con hostilidad, física o verbalmente, a otro organismo u objeto.

Crisis de angustia: Consiste en la aparición repentina de la ansiedad en su máxima intensidad. La típica crisis se presenta generalmente de modo repentino, sin síntomas previos de aviso. Estas crisis se viven por el paciente como una señal de muerte inminente, la intensidad de sufrimiento es equivalente a la de alguien que nota que lo van a matar.

Dismenorrea: Dolor en la menstruación.

Egoísmo: Palabra que proviene del griego, Ego=Yo y que representa esa inclinación natural del ser humano a pensar exclusivamente en sí mismo. La educación frena de alguna manera ese egoísmo natural enseñando a valorar al resto que forman el entorno en que vivimos.

Enfermedad psicosomática: Es la provocada o agravada por factores psicológicos como el estrés, los cambios en el estilo de vida, las variables de la personalidad y los conflictos emocionales.

TABLA DE CUADROS

Tabla A. Bases de la Investigación.....	1
Tabla 1. Valoración del estado de ánimo	59
Tabla 2. Valoración de tensión.	60
Tabla 3. Valoración de Miedos.	61
Tabla 4. Valoración de Insomnio.	62
Tabla 5. Valoración Funciones Intelectuales.	63
Tabla 6. Valoración Humor Depresivo	64
Tabla 7. Valoración Síntomas somáticos musculares	65
Tabla 8. Valoración Síntomas somáticos generales.	66
Tabla 9. Valoración síntomas cardiovasculares.	67
Tabla 10. Valoración síntomas respiratorios.	68
Tabla 11. Valoración Síntomas gastrointestinales.	69
Tabla 12. Valoración Síntomas genitourinarios.	70
Tabla 13. Valoración Síntomas sistema nervioso.	71
Tabla 14. Valoración Conducta en el transcurso del test.	72
Tabla 15. Síntomas ansiosos Psicológicos	73
Tabla 16. Síntomas ansiosos somáticos	74
Tabla 17. Los hechos de violencia son reexperimentados a través de	75
Tabla 18. En estos últimos 7 meses ha tenido dificultad para	76
Tabla 19. Durante los últimos meses ha experimentado la sensación de	77
Tabla 20. Usted Presenta.....	78
Tabla 21. Ha sentido síntomas físicos que le producen dolor sin razón alguna	79
Tabla 22. Ha sentido dificultades para desempeñar sus actividades diarias en el ámbito.	80

TABLA DE GRAFICOS

Grafico 1. Valoración del estado de ánimo	59
Grafico 2 Valoración de tensión.	60
Grafico 3. Valoración de tensión	61
Grafico 4. Valoración de Insomnio.	62
Grafico 5. Valoración Funciones Intelectuales	63
Grafico 6. Valoración Humor Depresivo.	64
Grafico 7. Valoración Síntomas somáticos musculares.	65
Grafico 8. Valoración Síntomas somáticos generales	66
Grafico 9. Valoración síntomas cardiovasculares.	67
Grafico 10. Valoración síntomas respiratorios.	68
Grafico 11. Valoración Síntomas gastrointestinales.	69
Grafico 12. Valoración Síntomas genitourinarios.	70
Grafico 13. Valoración Síntomas sistema nervioso.	71
Grafico 14. Valoración Conducta en el transcurso del test.	72
Grafico 15. Síntomas ansiosos Psicológicos.	73
Grafico 16. Síntomas ansiosos somáticos	74
Grafico 17. Los hechos de violencia son reexperimentados a través de	75
Grafico 18. En estos últimos 7 meses ha tenido dificultad para	76
Grafico 19. Durante los últimos meses a experimentado la sensación de	77
Grafico 20. Usted Presenta.....	78
Grafico 21. Ha sentido síntomas físicos que le producen dolor sin razón alguna	79